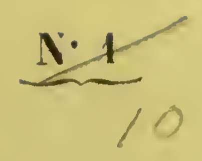
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

PAR LE MASSAGE ET LA GYMNASTIQUE

(MÉTHODE DE THURE BRANDT)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 2 DÉCEMBRE 1905

PAR

Esther GINTZBERG

Née à Pogripistschi (Russie)

LICENCIÉE ÈS SCIENCES NATURELLES

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE JEANJEAN

14-16, Rue des Etuves, 14-16

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)................ Doyen
TRUC....................... Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie		N.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		H. BERTIN-SAN

Professeur-adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SAN
GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM.	N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		N.
Clinique annexe des maladies des vieillards		RAUZIER, professeur-ad
Pathologie externe		JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. DE ROUVILLE	MM. VEDEL	MM. GUERIN
GALAVIELLE	JEANBRAU	SOUBEIRA
RAYMOND	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFEL

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. TÉDENAT, *président.*
IMBERT.
DE ROUVILLE.
GUÉRIN.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Disse qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'ente donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

ESTHER GINTZBERG.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ACHAD-HAAM

Un faible témoignage d'admiration et d'affection profonde.

A MA SŒUR

ESTHER GINTZBERG.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT
Professeur de Clinique chirurgicale

ESTHER GINTZBERG.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Université de Montpellier, c'est pour nous un devoir bien agréable d'exprimer notre reconnaissance à tous nos maîtres.

Que M. le professeur Tédenat, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, trouve ici l'hommage de nos respectueux remerciements. Nous lui exprimons aussi toute notre gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour l'accomplissement de notre travail. Jamais nous n'oublierons son enseignement clinique, où il donne, à nous ses élèves, le rare exemple du chirurgien qui sait rester en même temps le médecin.

Que M. le professeur Imbert, MM. les professeurs agrégés de Rouville et Guérin, reçoivent nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous ont fait de composer le jury de notre thèse.

Nous devons aussi de respectueux remerciements à tous les maîtres de la Faculté et des hôpitaux dont nous avons suivi l'enseignement.

Nous manquerions à nos devoirs si nous n'exprimions pas ici nos sentiments de reconnaissance profonde à M. le professeur-adjoint Rauzier : d'abord en qualité de malade pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours prodigué

ses soins éclairés, et ensuite comme une élève qui lui doit particulièrement ses connaissances en clinique interne.

Enfin nous ne saurions oublier les attentions particulières de Mme Gaussel, chef de clinique obstétricale, et nous profitons de l'occasion pour la remercier une fois de plus.

Arrivée au terme de nos études médicales, notre souvenir se reporte vers ces jours lointains où, nouvellement arrivée à Montpellier, nous nous sommes initiée aux problèmes scientifiques comme étudiante ès sciences. Les deux années si instructives passées à la Faculté des sciences, parmi nos maîtres aimés, resteront à jamais gravées dans notre mémoire.

Que MM. les professeurs Sabatier, Delage, MM. les docteurs Soulier, Calvet, de Rouville, Mourgue, Decroque, reçoivent l'expression de vive gratitude pour l'enseignement que nous avons reçu d'eux.

Une reconnaissance toute particulière est due par nous à notre maître M. le professeur Flahault, pour son enseignement et pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous porter.

Nous mêlerons encore dans notre pensée de gratitude un souvenir ému pour ce pays hospitalier, la France, qui ouvre si largement le trésor de sa science à nous, israélites de Russie, si durement privés pour le moment de la liberté d'apprendre.

En terminant, nous prions Mlle Ida Sée et notre camarade M. le docteur Guiraud d'accepter notre sincère reconnaissance pour leur aimable concours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

INTRODUCTION

La thérapeutique gynécologique est entrée, depuis la découverte de l'antisepsie et de l'anesthésie, dans une voie toute nouvelle, et nul doute que, depuis, son évolution n'ait fait des pas gigantesques. Il n'y a pas encore si longtemps, beaucoup d'interventions chirurgicales, devenues à présent courantes, étaient envisagées comme des rêves irréalisables.

Mais ce qui arrive toujours dans le cas des nouvelles découvertes, est arrivé aussi à ce sujet. Les gynécologues, éblouis par les brillants résultats des interventions les plus hasardeuses, se sont adonnés, d'une manière peut-être trop exclusive, à l'étude de la partie chirurgicale de la thérapeutique gynécologique, laissant trop de côté l'autre partie, non opératoire ; pourtant celle-ci ne mérite pas moins d'attention. S'il est vrai que beaucoup de malades, vouées autrefois à la mort et à des souffrances intolérables, sont sauvées ou soulagées par la cure opératoire radicale, il est aussi

impossible de nier que souvent un grand nombre d'entre elles restent des amputées, privées des organes à fonctions essentielles.

Sans parler des cas où ce résultat est la condition *sine quà non* pour sauvegarder la santé et la vie de la malade, il nous semble qu'à côté il y en a bien d'autres, où un traitement non opératoire, quoique bien plus long, peut améliorer ou même donner la guérison avec conservation des organes, et sans les dangers toujours existants de l'intervention chirurgicale. Et dans des cas semblables, où l'intervention chirurgicale n'est ni urgente, ni indiquée absolument, l'hésitation entre les deux moyens à choisir nous paraît non pas une faiblesse, mais une obligation. Et c'est pourquoi l'étude approfondie de chaque moyen non opératoire, applicable au traitement des maladies des femmes, nous paraît indispensable.

Cette étude s'impose d'autant plus, que l'observation a montré des cas qui, rebelles à une intervention chirurgicale, cédent très bien à des moyens non opératoires. C'est que les affections gynécologiques peuvent présenter, avec la même allure clinique, une étiologie toute différente. Et, dans ces dernières années, on a vu justement une tendance à élargir les cadres de l'étiologie des affections gynécologiques, et à mettre, à côté du grand groupe des affections infectieuses, un autre groupe d'affections non infectieuses.

Mais alors, des indications étiologiques, toutes différentes, apparaissent, et il devient d'une nécessité urgente de leur opposer différentes médications. C'est encore un argument pour lequel le gynécologue n'est pas en droit de rejeter ces diverses méthodes de traitement des maladies des femmes sans une étude préalable, même si ces méthodes ne sont pas du ressort de la chirurgie.

La kinésithérapie gynécologique ou méthode de Brandt, qui fait le sujet de notre thèse, est un de ces moyens non opératoires.

Le but de notre travail n'est pas du tout l'étude approfondie de la question. Nous ne pouvons pas avoir cette prétention. Nous avons voulu seulement, par une revue de toutes les publications théoriques et cliniques que nous avons pu nous procurer sur cette question, montrer sous quel jour peut être envisagée *actuellement* la question de la kinésithérapie gynécologique, et quelle est la place que cette méthode doit occuper dans la thérapeutique gynécologique.

A cet effet, nous avons divisé notre travail en sept chapitres:

Le chapitre I est consacré à l'exposé historique de la question.

Dans le chapitre II, intitulé *Technique* et divisé en deux parties (A. Massage, B. Gymnastique), nous décrivons les manœuvres à employer, telles qu'elles furent créées par Brandt.

Le chapitre III, divisé également en deux parties (A. Massage, B. Gymnastique), contient le résumé des idées des différents auteurs sur l'action physiologique du massage gynécologique d'abord, de la gymnastique gynécologique ensuite.

Dans le chapitre IV, nous passons en revue les affections où la kinésithérapie gynécologique est indiquée, les procédés à employer dans chacune d'elles et les résultats obtenus par les praticiens.

Le chapitre V montre quelles sont les contre-indications de la méthode.

Le chapitre VI est un exposé des observations cliniques. A part deux personnelles, ces observations sont empruntées

par nous à divers auteurs, pour la plupart des plus compétents.

Dans le chapitre VII, qui est le dernier, nous tâchons de résumer les points essentiels de notre travail, dont le but est, nous le répétons, de contribuer, par une revue de ce qui était déjà écrit, à l'éclaircissement de la question: quelle est donc la valeur *actuelle*, scientifique et clinique, de la kinésithérapie gynécologique ou méthode de Brandt?

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La kinésithérapie gynécologique est un moyen thérapeutique combinant les mouvements du massage avec les mouvements de la gymnastique. Elle date de 1841. L'honneur de sa création appartient à un major suédois, Thure Brandt, né en 1818 et mort en 1895. Sans instruction médicale spéciale, il fit ses études à l'Institut de gymnastique de Stockholm, fondé par Ling au commencement du XIXe siècle. Là, sous la direction de Branting et de Georgii, les successeurs de Ling, Brandt étudia les parties théoriques (anatomie, physiologie, hygiène et thérapeutique), et la technique (massage et gymnastique) de la nouvelle médication : le mouvement.

Nous disons avec raison « la nouvelle médication », quoique le massage et la gymnastique aient été connus dans leurs notions essentielles, dès la plus haute antiquité. Ce n'est qu'avec Ling et Georgii, en effet, que le massage et la gymnastique se sont élevés à la hauteur d'un moyen thérapeutique. Ling modifia les manipulations déjà connues du

massage, dépouilla la gymnastique de ses éléments sportifs, l'associa au massage dans un but médical par un calcul logique en un système et créa de la sorte une méthode curative spéciale. En 1817, Georgii, élève de Ling, nomma cette méthode *kinésithérapie*, c'est-à-dire *thérapie par les mouvements*, en comprenant le massage et la gymnastique dans une seule appellation, et il créa ainsi pour la méthode une dénomination heureuse.

C'est donc dans leur Institut, le premier de ce genre, que Brandt a pu voir les bienfaits du traitement kinésique. Ce dernier fut utilisé ici comme moyen d'améliorer l'état général, et par contre-coup les différentes manifestations morbides locales dues à des troubles digestifs, respiratoires, circulatoires et nerveux.

Aussi Ling et Georgii trouvèrent-ils dans leur élève un propagateur fervent de leurs idées. Aussitôt ses trois ans d'études finis, Brandt quitta l'Institut et commença à appliquer avec beaucoup de succès la méthode de ses maîtres. En même temps, il continua son instruction théorique: il étudia la gynécologie sous la direction du gynécologue connu Lagberg, et bientôt l'idée lui vint d'essayer la méthode de Ling comme traitement des « affections pelviennes ». Dès 1841, il commença à soigner d'abord quelques affections utérines, puis peu à peu les exsudats et les annexites, par le même traitement, c'est-à-dire, par des mouvements extérieurs (vibrations, pressions légères de la paroi abdominale, tapotement du sacrum) associés à la gymnastique générale.

Quelques années d'expériences lui firent voir que, parmi les exercices gymnastiques, il y a des mouvements à effets décongestionnant et congestionnant le bassin. En même temps (1847) un hasard (la réduction d'un prolapsus du rectum

par des tractions extérieures en haut et en dedans de l'S iliaque) lui donna la première idée d'une invention, qu'il fit pourtant bien plus tard, de sa manœuvre «l'élévation» (Lyfting) de l'utérus prolabé. Et, en effet, cela ne fut qu'en 1861, qu'il appliqua pour la première fois cette manœuvre à une femme de 47 ans, qui se présenta à lui avec un prolapsus utérin datant de 23 ans. La succès fut complet: la guérison absolue dura de longues années.

En 1865, il inventa une autre manœuvre, la réduction des utérus déviés, et déjà l'année suivante il compléta sa méthode, jusqu'à présent purement extérieure, par l'introduction de l'index gauche dans le vagin ou le rectum pour soutenir les organes à manipuler par la main abdominale. Cette innovation, faite à propos d'une nouvelle manipulation toujours extérieure (frictions circulaires des organes, pratiquées avec plus ou moins de force), fut appliquée par lui dès lors à toutes les manœuvres sans distinction.

En 1868 (1) Brandt réunit tous ses documents et observations dans un livre paru en suédois et en français.

Plus tard (1874) il désigna l'ensemble de ces manipulations manuelles, combinées par lui avec celles qu'il avait apprises dans l'Institut et avec d'autres inventées par lui-même, sous le terme «massage» (mot français).

Dès lors la méthode de Brandt, association du massage et de la gymnastique gynécologique, fut créée et même admise officiellement, puisque encore en 1872 un décret royal lui permit de s'installer à Stockholm et de soigner ses mala-

(1) Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines.

des par sa méthode. Mais, sanctionnée par l'État, sa méthode ne fut pas du tout par le corps médical suédois, qui la critiqua fortement et accusa son inventeur de simple charlatanisme. Il y avait pourtant de rares médecins, qui se sont donné la peine d'étudier cette méthode de près sous la direction même de l'inventeur et qui ont beaucoup favorisé la propagation dans leur pratique et par des communications publiques et imprimées. Nommons parmi eux les professeurs Howitz (de Copenhague), Asp, Salhin (de Stockholm) et les docteurs Niesen, Skoeldenberg, Levin.

En 1884 parut la seconde édition du livre de Brandt (1), modifié, complété, et traduit en allemand par le docteur Resch en 1888, et en français par le docteur Stas en 1891.

Tous ces efforts réussirent à attirer l'attention sur la méthode, en dehors de son pays d'origine, et beaucoup de médecins allèrent à Stockholm pour observer de près les résultats obtenus. Un d'eux, le docteur Profanter (de Vienne), parti, comme la plupart, en sceptique, revint quelque temps après, en adepte fervent ; et, sur son initiative, Brandt fut invité à Iéna pour montrer sa méthode devant des gynécologues connus.

En novembre 1886, Brandt, accompagné de son aide, Mlle Johanson, et de son élève, le docteur Niesen, arriva à Iéna et traita devant le professeur Schultze, les docteurs Profanter, Seiffart et autres, les 16 malades qu'on lui confia et qui présentaient dans leur ensemble presque toutes les affections gynécologiques, justiciables du traitement kinésique. Tout autre moyen fut suspendu. Les résultats obte-

(1) Gymnastiken. Stockholm. 1884.

nus furent tellement convaincants que, bientôt après (1887), parut le livre de Profanter (1) avec l'exposé détaillé des observations (2) de ces 16 malades et avec une introduction du professeur Schultze, qui arrive à la conclusion suivante: « Le système de Brandt a enrichi la science médicale d'un excellent moyen général, exclusif dans le traitement de certaines affections gynécologiques. »

Ce fut de nouveau une sanction officielle de la méthode de Brandt, mais sanction faite cette fois par des autorités médicales; et c'est à l'Allemagne que cet honneur appartient.

Quoi qu'il en soit, la méthode fut tirée de l'état purement empirique où elle se trouvait jusqu'à présent, et à partir de cette époque (1887) Stockholm devint un centre de pèlerinage où se rendirent une foule de médecins de tous les pays pour voir et étudier la méthode, sous la direction de l'inventeur lui-même. Ces élèves, en retournant chez eux, créèrent à leur tour autant de centres d'études et de propagande pour la méthode. Parmi eux et leurs élèves citons: les docteurs Skutch, Seiffart, Resch, Fraenkel, Otto Bunge, Arendt, Schaefer, Duhrseen, von Preuschen en Allemagne, les professeurs Schauta, Sielski, Stroynowski, Vinawer en Autriche, les professeurs Vulliet (Genève), les docteurs Jentzer et Bourcart, Stocker en Suisse, les docteurs Jacobs, Stas en Belgique, Macnaughton Jones en Angleterre; les docteurs Rosenstirn, Reeves, Jacksohn, Henri Coplik (chef de clinique gynécologique à New-York) en Amérique.

Grâce à eux parurent l'un après l'autre (dès 1887) de fort nombreuses publications concernant le traitement des mala-

---

(1) Profanter. — Die Massage in der Gynækologie. Wien, 1887.

(2) Nous en empruntons quelques-unes (Voir Obs. X, XI, XII et XIII).

dies des femmes par le massage et la gymnastique, dirons-nous, et non par la méthode de Brandt. C'est qu'en effet peu d'élèves de Brandt l'appliquèrent en totalité telle qu'ils l'ont vu pratiquer par le maître ou étudiée dans ses communications, Chacun la modifia à sa manière ; et la plupart omirent complètement la gymnastique. Citons parmi ces derniers le docteur Prochownik de Hambourg, qui pratiqua le massage gynécologique depuis 1882 et qui publia, en 1890, un travail (1), où il exposa sa méthode, toute différente de celle de Brandt, et le docteur Ziegenspeck (de Munich), n'appliquant de la méthode de Braudt que la première de ses parties, le massage.

Mais ces nouvelles méthodes sont toujours basées sur celles de Brandt.

Un des pays où la gymnastique est en honneur, autant que le massage, c'est la Russie. Elle aussi envoya encore en 1888, à Stockholm, un grand nombre de ses docteurs qui, à leur retour, appliquèrent la méthode de Brandt. Citons parmi eux les docteurs Remizoff, chargé du massage gynécologique dans la clinique du professeur Snieguireff à Moscou, Boriakowsky, Galberstam, Mmes les docteurs Nikolskaja, Zalezowa, qui applique la méthode de Brandt à l'hôpital de Marie à St-Pétersbourg, Vinogradowa et Sandberg-Delbé. Leurs communications et publications s'étendent de 1888 jusqu'à ces derniers temps.

Au IIIe Congrès des médecins de St-Pétersbourg (1889), le professeur Ott, également élève de Brandt, a donné à la méthode de son maître — massage et gymnastique — sa valeur justifiée.

---

(1) Die Massage, *in* der Gynaekologie.

Au même Congrès, le docteur Semianikoff, pratiquant le massage dans la clinique du professeur Slaviansky à St-Pétersbourg, est arrivé aux conclusions suivantes:

1° Le massage gynécologique est-il nuisible? Non

2° Le massage peut-il, dans les affections où il est indiqué, apporter la guérison en étant appliqué seul? Dans 60 0/0 des cas : guérison.

3° Le massage présente-t-il un avantage sur les autres traitements opératoires? Dans la plupart des cas le massage a donné relativement, en peu de temps, des résultats curatifs ou palliatifs, là ou les autres moyens ont échoué.

Mais la Russie n'est pas le seul pays où, dans la plupart des cas, la méthode de Brandt soit comprise telle qu'il l'a créée. A part le professeur Ott, il y a encore d'autre de ses élèves et successeurs, qui, voyant dans la tendance de modifier, de « tronquer » la méthode, la cause de son discrédit scientifique, tâchèrent de la reconstituer telle qu'elle fut conçue et créée par le génie de l'inventeur. C'est ainsi que le docteur Lindblom (Suède), non seulement l'élève mais encore le conseiller de Brandt, enseigna publiquement à Stockholm son procédé, et donna par son concours un caractère vraiment médical au nouveau traité de Brandt (1) publié en allemand en 1890; que les docteurs Jentzer et Bourcart (Genève) publièrent en 1891 un livre (2) où, à côté du massage, la gymnastique est étudiée avec tous les détails possibles, et qu'enfin Stapfer (France) imprima en 1892 son traité (3) où, non seulement il restitua à la méthode de

(1) Traité des maladies des femmes. Berlin, 1890 et 1893.

(2) Gymnastique gynécologique (méth. de Brandt). Genève et Paris, 1891.

(3) La kinésithérapie gynécologique d'après Brandt. Paris, 1892.

Brandt son seul aspect véritable (massage et gymnastique combinés), mais essaya encore de lui donner une valeur scientifique basée sur des expériences physiologiques et cliniques. Outre cela, le titre même de son livre intitulé : *Kinésithérapie gynécologique*, rénova les idées de Georgii, qui, comme nous l'avons vu, aidant à Ling dans la création et la vulgarisation du nouveau médicament, le *mouvement*, appela ce dernier *kinésithérapie*.

Mais le nom de Stapfer nous amène en France. Arrêtons-nous-y et voyons ce que devenait ici la méthode de Brandt. Disons tout de suite que les premiers accueils furent très décourageants. Encore bien avant la création complète de la méthode, Georgii vint à Paris en 1847, pour s'y installer et y répandre les idées de Ling. Il échoua. L'ouvrage de Brandt publié en 1868 à Paris n'a abouti qu'à un seul résultat : dans un article de journal sa méthode fut qualifiée de « malhonnète », et ses malades de « femmes éhontées ».

En 1876, la Faculté de médecine refusa la thèse d'Estradère, intitulée : *Massage gynécologique*, en basant son refus sur le peu de sérieux du sujet de ce travail.

Vers le même temps (1876), un Suédois, le docteur Norstrom, vint s'installer à Paris et y traita ses malades par un massage gynécologique (en omettant la gymnastique), tout différent de la méthode de Brandt. Le docteur Péan lui confia des malades de son service de l'hôpital Saint-Louis, et les résultats obtenus furent très bons, puisque Péan disait : « De tous les traitements gynécologiques médicaux, le massage est le plus remarquable. » Le 18 janvier 1876, Norstrom présenta devant l'Académie de médecine un mémoire : « Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage », où il réunit 174 observations. On l'accueillit mal. Il continua quand même à appli-

quer sa méthode à Paris avec succès, et publia jusqu'en 1893 deux ouvrages (1).

Mais malgré que Norstrom ait favorisé l'acclimatation du massage gynécologique à Paris, la méthode de Brandt n'en restait pas moins inconnue. Et ce n'est qu'en 1889 que parut la première description française d'une partie de la méthode du massage, faite par Mme le docteur Goldspiegel-Sosnowka (2). Cette brochure, tout en étant très courte, attira quand même l'attention de plusieurs médecins sur la méthode de Brandt, et bientôt après (1892) le docteur Chéron imprima toute une série des communications (3) sur les différents cas qu'il avait eus à soigner.

Nous arrivons donc au 26 juillet de l'année 1892, quand le docteur Stapfer, chef de clinique obstétricale, de retour de Stockholm, où il fut envoyé en mission pour étudier la question de près, la présenta pour la seconde fois devant l'Académie de médecine de Paris. Cette fois l'accueil fut tout autre : le rapport de Stapfer fut publié.

La méthode de Brandt, reconstituée par Stapfer telle qu'elle fut créée par son inventeur, trouva donc sa sanction aussi en France. Et c'est peut-être dans ce même pays, où la méthode trouva à son début une si vive hostilité, qu'elle doit par la suite trouver le terrain de son évolution scientifique. C'est encore, en effet, Stapfer qui, reprenant les travaux de von Kleen, Huchard, Cerutti, Colombo, Cautru sur l'action physiologique du massage abdominal, les enrichit par des expériences personnelles et par tout

(1) Le massage de l'utérus. Paris, 1889. — Le massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1892.

(2) Traitement manuel des maladies des femmes, 1889.

(3) Revue médico-chirurgicale des femmes, 1891.

un chapitre sur l'action physiologique du massage gynécologique, au point de vue local. Plus tard (vers 1895) Stapfer et son élève Romano (1) ajoutèrent de nouveaux travaux sur le réflexe dynamogénique, qui donne l'explication physiologique de l'action générale du massage gynécologique. C'est aussi à lui qu'on doit un essai d'interprétation physiologique de l'action de la gymnastique gynécologique. Tous ces essais et travaux amenèrent Stapfer à la conclusion suivante : « Après un an de recherches cliniques, Stapfer accorde à la méthode de Brandt, sans hésiter, une valeur scientifique suffisante pour provoquer la révision de la science gynécologique.

Cette « révision » commença à se faire d'abord par Stapfer lui-même et ses élèves (2) ; et plus tard (1902) par Richelot et son élève Hepp (3) : nous voulons parler de la nouvelle subdivision étiologique des maladies des femmes, due à ces auteurs, qui mettent, à côté de l'infection, encore une autre cause, aussi fréquente et importante, et notamment une origine dystrophique, d'ordre neuro-vasculaire. C'est à Richelot surtout qu'on doit le développement de ces idées.

Quelle que soit l'impression que ces idées, pour le moment encore personnelles, puissent faire sur le lecteur, un fait est indéniable : elles éclairent d'un jour nouveau beaucoup de maladies des femmes, elles sont pleines d'intérêt et ont un rapport direct sur le développement de la thérapie kinésique, qui, avec de nouvelles indications, entrera sans doute dans une nouvelle voie d'évolution.

---

(1) Thèse de Paris, 1895.
(2) Thèses des D[rs] Geoffroi-St Hilaire (Paris 1898) et Bloch (Paris 1899).
(3) Thèse de Paris, 1899.

Ajoutons encore que dès 1895 plusieurs thèses sorties des différentes cliniques de Paris furent présentées à la Faculté de médecine de Paris sur le massage et la gymnastique gynécologique, et que bien des professeurs (Pinard, Pozzi, Auvard), des gynécologues et des médecins en sont plus ou moins partisans.

Parmi les médecins français mentionnons le docteur de Frumerie, qui, à côté d'autres ouvrages sur le massage, publia un manuel sur la méthode de Brandt, où il donna une description détaillée du massage et de la gymnastique gynécologique (1).

Ce n'est pas seulement à Paris que la valeur de la méthode fut enfin reconnue. En France, la province ne resta pas non plus en arrière, et nous pouvons dire que la Faculté de Montpellier a même devancé celle de Paris dans un certain sens : c'est encore en 1891 que sortit de la clinique chirurgicale de M. le professeur Tédenat une thèse intitulée : « Le massage de l'utérus et des annexes », pourvue de 13 observations prises dans le service même et montrant de très bons résultats obtenus dans les endométrites, périmétrites, annexites et déviations de l'utérus (1). Citons en plus parmi les adeptes du traitement kinésique notre maître M. le professeur agrégé de Rouville.

L'intérêt en faveur de l'idée fondamentale de la méthode progresse de plus en plus dans tous les pays et de nouvelles communications et publications viennent enrichir la littérature sur cette question.

---

(1) De Frumerie. — Massage gynécologique. Paris, 1897.

(2) Cros. — Thèse de Montpellier, 1891.

Parmi les ouvrages parus tout récemment citons celui de Withauer (1) et de B. Talmey (2).

Mais le dernier mot est loin d'être dit. Il reste bien des points obscurs qui ont besoin d'être élucidés et de nombreux travaux doivent encore s'ajouter à ceux qui sont déjà faits pour convaincre les sceptiques, et surtout pour donner à la kinésithérapie gynécologique une solide base scientifique.

Un fait reste pourtant bien réel et indiscutable : ce sont les bons résultats obtenus journellement par tous les praticiens.

---

(1) Lehbruch des Vibrationsmassage. Coln, 1904.
(2) Gynaekologische Massage. New-York, 1904.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

La kinésithérapie gynécologique, avons-nous dit, combine les manœuvres du massage avec les mouvements gymnastiques. Nous devons donc étudier à part la technique des uns et des autres. Ne pouvant consulter l'ouvrage de Brandt, nous nous sommes guidée dans cette étude d'après certaines publications de ses élèves (1).

A. — **Massage**

Position de la malade. — La malade est couchée sur un lit, une table à spéculum, une chaise longue. La vessie, le rectum doivent être vidés, et tous les liens qui peuvent comprimer le corps seront desserrés. Elle prend ordinairement la position de Brandt (Krokhalfliggande ou double

(1) Mme Pelletier-Goussakoff (Thèse de Paris), Stapfer, de Frumerie.

croc-demi-couché), c'est-à-dire la tête et le bassin sont légèrement relevés, les genoux soulevés et écartés, les talons appuyés contre un appui placé à la même hauteur que le bassin. Cette position est la meilleure, autant pour la malade qu'elle fatigue moins, que pour l'opérateur qui a sous la main une paroi abdominale souple et relâchée, les organes génitaux plus ou moins libérés des intestins, refoulés vers le diaphragme.

A côté de cette position la plus commune et la plus commode, il faut en citer encore deux autres, dont chacune se prête mieux à quelques cas spéciaux : ainsi la position à *plat ventre*, le bassin soulevé et les pieds reposant plus bas à terre, favorise le renversement de l'utérus en avant et est utilisée dans certaines manœuvres de réduction utérine. Quant à la *station debout*, elle est très avantageuse pour la distension des adhérences et le massage des exsudats haut placés qui, dans cette position de la malade, deviennent plus accessibles au doigt de l'opérateur.

Position de l'opérateur. — Il est assis sur une chaise un peu plus haute que celle de la malade (admettant que cette dernière soit étendue sur une chaise longue, préférable à un autre meuble parce qu'elle permet au médecin de travailler assis). L'opérateur est placé du côté gauche de la malade d'après Brandt, et c'est toujours sa main droite qui travaille, ou bien du côté malade d'après les autres et il doit alors être ambidextre. Quoi qu'il en soit, une de ses mains, la gauche d'après Brandt, est passée sous la cuisse correspondante de la malade. Pour se fatiguer le moins possible et avoir dans les doigts toute leur sûreté, le médecin appuie le coude correspondant sur son genou. L'index seul, d'après Brandt, l'index et le médius d'après les autres

bien aseptisés et ongles ras, sont introduits dans le vagin, plus rarement dans le rectum ; ils longent, en entrant, avec beaucoup de douceur, la partie postérieure du conduit par leur face dorsale et y restent dans la plupart des cas passifs : se plaçant en dessous ou en arrière de la partie à masser, ils l'offrent pour ainsi dire à l'autre main abdominale qui, elle, va effectuer tout le travail.

Dans le cas où la malade doit garder la *position debout*, l'opérateur est assis à côté d'elle (de son côté gauche, d'après Brandt), la pointe du pied soulevée et son coude sur son genou, ce qui permet à son doigt vaginal ou rectal de pénétrer très profondément et d'agir avec plus d'énergie. Dans le même but, on prie aussi le malade de poser un pied sur la chaise et sa main sur l'épaule du médecin.

Disons de suite que la voie rectale est douloureuse et désagréable pour la malade, et il vaut mieux n'y avoir recours que dans les cas de nécessité absolue.

L'autre main est placée sur la paroi abdominale à nu ou sur la chemise ; et c'est à elle, comme nous l'avons déjà dit, de pratiquer presque toujours toutes les manipulations du massage. On les fait avec la face palmaire de la troisième phalange de l'index, du médius et de l'annulaire. Le centre de mouvement se trouve dans le coude, les poignets et les doigts, qui doivent garder toute la souplesse possible. L'opérateur doit tâcher de travailler, non pas sur la peau, mais, en y appliquant les doigts, la faire rouler sur les organes à masser.

Avant de passer à l'exposé détaillé de toutes les manœuvres employées dans le massage gynécologique, disons encore que le massage ne doit jamais être douloureux, ni énervant ou fatigant pour la malade. La main abdominale ne doit jamais, pendant qu'elle travaille, quitter la paroi sans néces-

sité, sauter d'un endroit à l'autre, ce qui rendrait le massage douloureux et désagréable pour la malade. Et notre modeste pratique de masseuse nous l'a démontré : pour l'intérêt du traitement il faut tâcher de rendre le massage, surtout dans ses premières séances, aussi doux et aussi peu désagréable que possible; plus d'une malade refuse de se laisser appliquer n'importe quel massage, si dans les premières manipulations l'opérateur n'a pu éviter quelques brusqueries. Et comme, malgré toute la douceur possible, les premières séances peuvent provoquer, chez les femmes nerveuses surtout, un peu de douleur, très passagère d'ailleurs, il serait bon de prévenir la malade. Quant à la durée de chaque séance, pas de règles fixes. En tout cas, elle ne doit jamais être très longue pour ne pas fatiguer la malade : en moyenne de 2 à 20 minutes, suivant l'affection à traiter. Nous serons encore moins affirmative en ce qui concerne la durée totale du traitement qui dépendra beaucoup de l'ancienneté du cas à soigner. Ce que nous pouvons constater, c'est que dans la plupart des cas il faut s'armer de patience et surtout en armer sa malade. Nous avons vu des succès tout à fait complets et des insuccès désespérants dans le traitement de cas presque identiques chez différentes malades suivant la patience et la persévérance avec laquelle chacune d'elles a suivi son traitement.

Le traitement ne nécessite ni le repos absolu de la malade ni l'interruption de ses occupations.

Arrêtons-nous encore un moment sur un autre détail : les doigts de l'opérateur. Pour bien accomplir le massage gynécologique, il faut une certaine longueur et une certaine force des doigts. C'est pourquoi certains auteurs nient la capacité des femmes pour pratiquer, avec succès, le massage gynécologique, et d'après eux, d'une manière générale,

une masseuse ferait plus de mal que de bien. Nous ne pensons pas que cette opinion soit juste. Le créateur du massage gynécologique – Thure Brandt — parle aussi de l'insuffisance technique des opérateurs aux doigts courts. Mais il n'en fait pas une règle générale spéciale pour toutes les femmes, et la preuve, que ce n'est pas l'opinion du maître, c'est que pendant son voyage à Iéna, en 1886, voyage qui fait date dans l'historique de la kinésithérapie gynécologique (voir p. 18), il fut accompagné entre autres par son aide, Mlle Johanson. Ajoutons encore que c'est Mme Goldsipgel-Sosnovka, élève de Brandt, qui, une des premières, a fait connaître en France la méthode de Brandt.

Nous aurions pu citer encore beaucoup de noms de femmes qui, dans tous les pays, ont favorisé la propagation et l'étude pratique et théorique de la kinésithérapie gynécologique. Mais arrêtons-nous là et abordons l'étude détaillée des manœuvres du massage gynécologique.

1° Effleurage. — C'est un mouvement qui consiste à passer légèrement la main ou le doigt sur la surface à masser. Tout massage utérin commence et finit par une succession plus ou moins rapide de ces mouvements doux et légers.

Action : Analgésique et décongestionnante.

2° Frictions circulaires. — Tout mouvement d'effleurage accompli avec plus ou moins de force devient *une friction*. Le doigt interne (vaginal ou rectal) sert de soutien à l'organe à masser. La main externe exerce, en déprimant légèrement les viscères, des effleurages profonds en cercle, en évitant les points douloureux.

Action : Résolutive (exsudats péri-utérins), et exercée avec force, congestionnante.

3° « Malning » de Brandt ou effleurages et frictions circulaires exercées par le rectum. — Le doigt, introduit dans le rectum jusqu'au-dessus de l'endroit à traiter, exécute toujours avec la même douceur des mouvements circulaires très légers d'abord, augmentant peu à peu de force ensuite. La direction est antéro-postérieure et dans le sens de la circulation veineuse.

Cette manœuvre, facilement douloureuse déjà par le fait de l'introduction du doigt dans le rectum et ensuite par la facilité de rencontrer les cordons nerveux doit être faite avec le plus grand ménagement possible.

Le malning est combiné avec le massage externe de la paroi abdominale.

Action : Résolutive (exsudats haut placés). Distend les adhérences.

4° Vibrations. — On les fait avec la paume de la main, posée à plat sur la paroi abdominale. Elles sont combinées, là où on les applique, avec les frictions circulaires.

Quelques auteurs (Courcart) emploient volontiers les vibrateurs mécaniques. Brandt ne s'en servait pas.

Action : Analgésique.

5° Pétrissage. — La main libre exécute des pressions très profondes et énergiques sur les différentes parties à masser que lui présente successivement le doigt vaginal. Le massage doit être centripète par rapport à la partie malade.

Action: Résolutive (infiltrats anciens et profonds).

6° Malaxation. — Les deux mains font un travail externe. Cette manœuvre ne s'applique qu'aux parois abdominales obèses. On saisit le pannicule adipeux, et, en y faisant des plis, on le malaxe entre les quatre doigts et le pouce de chaque main. Nous avons exécuté chez notre malade (voir

obs. III) un peu autrement cette manœuvre, et les bons résultats obtenus par nous nous encouragent à décrire notre manière de faire. Nous saisissons la paroi abdominale, en l'étirant bien de manière à n'avoir sous la main que la partie infiltrée de graisse, et, y faisant un pli, nous le roulons plus ou moins longtemps entre la face palmaire de quatre doigts des deux mains ; il nous semble que cela permet d'agir avec plus d'énergie.

Action : Favorise la résorption des nodules graisseux de la paroi abdominale.

7° Tension des adhérences. — Le doigt interne est appliqué contre la partie sur laquelle il faut agir. Les doigts de la main externe sont posés au même endroit perpendiculairement à la paroi abdominale. Les deux mains agissent en sens inverse, en tendant les parties rétractées et épaissies, jusqu'à ce qu'on sente une résistance ; et on maintient alors les parties tendues dans cet état pendant quelques secondes avant de les relâcher. On répète cette manœuvre 8 à 10 fois de suite pendant la séance.

Action: Sert à distendre les adhérences et favorise leur résorption.

8° Pression du vagin. — Avec la pulpe de la dernière phalange de l'index, appliquée alternativement contre les faces internes des petites lèvres, contre les parois postérieure et latérales du vagin, on presse ces parties contre le pubis et sa branche descendante.

Action : Tonifie les tissus du vagin.

9° Pressions digitales des nerfs. — Il s'agit ici de deux sortes de nerfs: l'hypogastrique et les honteux internes. Pour agir sur le premier de ces nerfs on comprime par la

pulpe du doigt vaginal ou rectal les parties latérales et antérieures du sacrum au voisinage du promontoire et on y ajoute quelques vibrations.

Action : Tonifie les ligaments affaiblis.

Pour comprimer et faire des vibrations sur les honteux internes, on agit, soit sur la partie moyenne du corps périnéal, avec la pulpe d'un seul doigt, soit sur les parties latérales du périnée avec les deux doigts, en même temps.

Action: Tonifie le canal vulvo-vaginal.

10e Élévation de l'utérus (Lyfting). — Dans cette manœuvre, qui ne s'applique qu'à un utérus mobile, l'opérateur saisit l'utérus prolabé ou dévié à travers la paroi abdominale et le porte en haut, en mettant ses attaches en extension. Pour l'accomplir il faut deux personnes. La malade est dans la position de Brandt, l'opérateur à sa gauche, l'aide, une femme de préférence, bien en face de la malade, un genou sur la chaise longue où est la malade, ses bras et avant-bras en extension complète. L'opérateur introduit son index gauche dans le vagin, le met, sa face palmaire contre le col, sur la face antérieure de ce dernier, autant que possible plus près de l'isthme, pousse en arrière le col pour favoriser ou augmenter l'antéversion de l'utérus. Dans cette position, son doigt reste immobile pendant toute la durée de la séance. La main droite, en pronation, se place sur la paroi abdominale, son talon vers l'ombilic, et creuse doucement le cul-de-sac pubo-vésico-utérin jusqu'à ce que ses doigts viennent en contact avec son index interne. En ce moment, l'aide enfonce ses deux mains toute ouvertes en extension et supination complète et se touchant par leurs bords cubitaux dans le fossé creusé par l'opérateur. Dans ce but il doit se pencher de plus en plus en avant vers la malade, et c'est le poids de

son corps qui fera plonger ses doigts peu à peu derrière le pubis, jusqu'au moment où ils viennent en contact avec l'index gauche de l'opérateur. Celui-ci retire alors sa main externe, et c'est l'aide qui va agir maintenant. En fléchissant ses doigts, il saisit l'utérus vers son isthme, le tire lentement et très doucement, en faisant des mouvements vibratoires en haut et en avant, autant que la laxité des ligaments le permet. En ce moment, le médecin lui dit de retirer ses mains et la manière dont il doit faire cette manœuvre diffère d'après les cas à soigner. A cet effet Brandt distingue :

a) Elévation longue, où l'aide retire ses mains lentement et doucement. Pour cela, il se redresse lentement en pliant ses coudes et les rapprochant de son tronc. Indiqué dans le prolapsus de l'utérus et du vagin.

b) Elévation courte ou basse. — Ici, au moment où l'utérus, fléchi en avant comme nous l'avons dit, est élevé par l'aide, il est soutenu par lui encore un peu dans cette situation, et, sur l'ordre du médecin, lâché *brusquement*, ce qui le fait retomber en avant. Ce fait est apprécié par le doigt interne de l'opérateur. Indiqué dans les rétrodéviations utérines.

A ces deux élevations, il faut encore en ajouter une troisième :

c) Elévation oblique, qui ne diffère des deux autres que par ce fait : l'aide plonge une de ses mains, celle du côté du ligament le plus court, obliquement. Indiqué dans les latéro-déviations utérines.

Le mouvememt d'élévation se répète trois fois de suite, et a chaque fois les doigts de l'aide pénètrent plus profondément.

Action : Met en place les utérus prolabés, déviés, et les décongestionne.

11° Réduction des utérus déviés ou fléchis. — C'est une manœuvre qui exige beaucoup de patience et ne s'applique qu'à des utérus mobiles. La position, la consistance et le volume de l'utérus dévié peuvent être différents, d'où différentes méthodes de réduction et différentes voies pour l'introduction de l'index gauche.

A. Rétrodéviations et rétroflexions utérines :

1° Utérus gros, rigide, très enclavé en arrière, *réduction recto-vaginale ou renversement* (omkastning). La malade se tient debout. L'opérateur introduit son index gauche dans le rectum aussi haut que possible, et en pressant lentement sur le corps de l'utérus il tâche de le renverser en avant. Il peut se faire que l'antéversion obtenue soit trop exagérée. Pour corriger ce défaut, on place l'index et le pouce dans le cul-de-sac antérieur, et on pousse le corps utérin en haut et en arrière jusqu'à ce qu'on sente une légère tension dans ses attaches antérieures.

Il est bon de faire suivre la réduction de la *prière mahométane* : la réduction commencée ou déjà accomplie dans la station debout, on dit à la malade, tout en soutenant avec ses doigts l'utérus antéversé, de se mettre prudemment et lentement à plat ventre, et après une dizaine de minutes de reprendre sa première position.

2° Utérus court, *réduction ventro-vaginale*. Malade en position de Brandt. Plusieurs variétés à considérer:

a) Utérus court et rigide et attaches antérieures tendues, *mouvement de bascule* (guppuing). Le col est repoussé en haut et en arrière par la pulpe de l'index gauche, placé sur la face antérieure du col, ce mouvement fait basculer le corps en avant. La main droite, son talon vers le pubis,

et la face palmaire vers la paroi abdominale, pénètre par des mouvements de petis cercles en arrière de l'utérus, saisit son fond, et,en l'amenant en avant, achève la bascule.

b) Utérus court, rigide, aux attaches antérieures flasques, *mouvement d'étreinte* (klœmning). L'index gauche vaginal repousse le col en arrière et en haut. En même temps, les doigts de la main droite placés en forme de bec de cuillère vont à travers la paroi abdominale à la recherche du fond de l'utérus, et l'étreignant le ramène par une légère pression en avant et en bas.

c) Utérus court et très flexible, *mouvement d'accrochement* (ikroning). L'index vaginal, fléchi en forme de crochet, se place dans le cul-de-sac droit sous l'isthme, ou si c'est possible sous le fond même de l'utérus. Il soulève alors l'utérus en avant assez haut pour que la main droite puisse saisir son fond à travers la paroi abdominale et achever la réduction.

d) Utérus court, rigide et ayant sa portion vaginale très en avant et plaquée contre le pubis, *mouvement par pression* (redressiostrycket). L'index gauche vaginal est introduit d'abord en arrière de l'utérus très haut et tâche par pressions d'élever son corps vers la paroi abdominale et la ligne médiane, direction que l'utérus doit garder pendant le travail. La main droite abdominale, sa face palmaire regardant la paroi abdominale, et son talon, l'ombilic, enfonce ses doigts jusqu'à la partie supérieure et antérieure de l'isthme. Le doigt vaginal change alors de place, et se met dans le cul-de-sac antérieur en avant du col, de manière à toucher presque les doigts abdominaux. En ce moment les deux mains commencent leur action sur l'utérus simultanément, en le poussant, par des pressions en arrière et en haut, le long du sacrum, jusqu'à ce qu'on sente la tension dans ses

attaches antérieures. Alors survient aussi un changement dans la position de la main droite, qui, se plaçant comme dans la manœuvre *a*), ramène l'utérus en avant et en bas, pendant que l'index vaginal reste immobile et fixe l'utérus.

3° Utérus très long et flexible ou utérus à fond très élevé et inaccessible au doigt vaginal : *réduction ventro-rectale*. La réduction se fair comme par la voie vaginale (voir 2°, *a*), avec cette différence, que l'index gauche agit par la voie rectale. (Cette méthode est, généralement, la seule qu'on applique chez les vierges.)

4° Utérus à corps mou, long et inaccessible au doigt vaginal : *réduction ventro-recto-vaginale*. La malade est dans la position de Brandt. L'index gauche, placé dans le rectum très haut, servira de moyen de fixation de l'utérus. C'est le pouce de la même main, qui, introduit dans le vagin, devant le col, le pousse en haut et en arrière, tandis que la main abdominale agit comme dans 2°, *a*).

Action : Réduction des utérus rétro-déviés et rétro-fléchis.

B. Antéversions et antéflexions utérines. — La malade est en position de Brandt.

1° Utérus petit en antéversion : *réduction vagino-abdominale*. L'index gauche est dans le cul-de-sac postérieur et pousse le col en avant et en bas, tandis que la main extérieure, les bouts de ses doigts tournés vers le pubis, saisit le fond de l'utérus et tend à l'amener en haut et en arrière et à le retenir un peu dans cette position.

2° Utérus en antéversion chez les vierges : *réduction recto-abdominale*. Elle se distingue seulement par ce fait, que l'index gauche est introduit dans le rectum et tâche de refouler le col à travers le rectum.

3° Utérus petit, rigide et en antéflexion : *réduction recto-vagino-abdominale.* L'index gauche est dans le rectum et sert de point d'appui à la face postérieure de l'utérus. Le pouce de la même main est dans le vagin, sur le col, qu'il empêche d'avancer. La main extérieure, en position comme en 1° et 2°, tâche par des pressions sur l'utérus de le refouler en haut et un peu en arrière, et de vaincre la tension exagérée des ligaments utéro-sacrés.

Action: Réduction des utérus en antéversion et antéflexion.

De toutes les manœuvres décrites, les deux dernières (élévation et réduction) sont de l'invention de Brandt. Les autres, connues depuis longtemps, n'ont été que modifiées et appropriées par lui au traitement gynécologique.

Voyons à présent comment procédait Brandt pour faire le massage des différents organes génitaux. Disons tout de suite que, à part des indications spéciales, la manœuvre à employer est toujours la même : *frictions circulaires* légères ou fortes, suivant les cas.

Massage de l'utérus. — Il faut ramener l'organe en avant, et en le fixant sur l'index gauche vaginal par sa face antérieure masser d'abord la paroi postérieure et les flancs dans la direction du fond vers l'isthme, et en dernier lieu l'isthme et le col par l'index vaginal. La paroi antérieure n'est massée que dans le cas où l'utérus est en rétroversion et où malgré cela il faut appliquer le massage utérin tout de suite.

Massage des ligaments. — Les ligaments sont massés de l'utérus vers les parois du bassin, l'index gauche étant dans le vagin dans le cas de massage des ligaments larges, et dans le rectum quand ce sont les utéro-sacrés à soigner.

Massage des trompes. — On commence le massage près de l'insertion utérine de la trompe, et on passe peu à peu vers le pavillon, en travaillant toujours vers l'utérus pour vider le contenu des trompes par son intermédiaire là où c'est nécessaire.

Massage des ovaires. — Soutenus par l'index gauche (rectal ou viginal), les ovaires sont massés très légèrement par la main extérieure. Dans les cas où ils sont englobés dans des fausses membranes il faut d'abord faire disparaître les membranes avant de procéder au massage des ovaires eux-mêmes. Dans tous les cas, vu la sensibilité de ces organes, la plus grande prudence est nécessaire ici.

Massage des parois du bassin. — Ces parois sont massées tantôt par la main externe (les parties superficielles sont seules accessibles à cette main), tantôt par l'index rectal (ce seront alors les parties les plus profondes). La manœuvre est toujours la même: frictions circulaires.

B. — **Gymnastique**

Dans le chapitre de l'*Historique*, on a vu déjà que les partisans du massage gynécologique ne sont pas tous des partisans de la gymnastique gynécologique. On sait aussi que, pour le créateur de la méthode, Thure Brandt, la gymnastique appropriée devait absolument compléter les manipulations manuelles localisées aux parties malades. A cet effet, il a combiné tout un système de mouvements, comprenant le traitement de la maladie locale et le traitement général de la malade, quand il le fallait (dans les cas d'anémie, de chlorose et autres). Pour ne pas sortir de notre sujet,

nous ne décrirons que les mouvements principaux, visant la maladie locale elle-même.

Brandt classe les mouvements en : A. Décongestionnants pelviens, et B. Congestionnants pelviens. Tous ces mouvements peuvent être *passifs* (exécutés par le médecin seul), *actifs* (faits par la malade seule) et *actifs avec résistance* (pendant que la malade exécute un mouvement actif, le médecin lui présente une résistance).

Les mouvements doivent être faits lentement, sans secousses ni contractions spasmodiques des muscles et sans jamais fatiguer la malade jusqu'à l'essoufflement. La partie du corps qui n'est pas en mouvement reste immobile et dans une position fixe et stable. Le costume de la malade ne doit pas être gênant, surtout pas de corset. Quant aux différents appareils, inventés dans ce but, Thure Brandt ne les admet pas.

A. Mouvements décongestionnants. — La décongestion du petit bassin se fait en général par l'exercice des muscles fessiers et pelvi-trochantériens, la malade étant dans une position non fatigante, la respiration libre et la paroi abdominale relâchée. Ces mouvements à effets décongestifs sont très nombreux. Nous ne donnerons que la description de quelques-uns d'entre eux, et notamment de ceux qui nous ont paru les plus simples et les moins fatigants pour la malade.

1° *Flexion et extension des bras.*

Attitude de la malade : Assise sur un tabouret, tête droite, tronc en extension et penché en avant, elle saisit les poignets du médecin.

Attitude du médecin : Debout sur une banquette devant la malade, un pied devant l'autre, coudes au corps, avant-bras

légèrement fléchis sur les bras, il saisit les carpes et les métacarpes de la malade.

Mouvement. Premier temps : La malade fléchit les bras avec la résistance du médecin, en portant les coudes en dehors. Second temps : Le médecin tire les bras en haut avec la résistance de la malade.

Action : Décongestionne le bassin et la tête en portant le sang vers le dos, dont les muscles travaillent.

2° *Rotation en avant.*

Attitude de la malade : Elle est assise sur le bout de la chaise longue, les genoux écartés, les bras étendus en haut, le tronc en rotation à droite ou à gauche, le dos soutenu par un léger appui.

Attitude du médecin : Il est debout sur la chaise derrière la malade, qu'il tient par les poignets.

Premier temps : La malade amène son tronc en avant avec la résistance du médecin.

Second temps : Le médecin amène le tronc de la malade dans sa position primitive avec la résistance de la malade.

Action : Décongestionne fortement le bassin.

3° *Adduction et abduction des cuisses.*

Attitude de la malade : Position de Brandt. Le bassin est très fortement élevé et la partie supérieure du corps abaissée de telle manière que les cuisses, l'abdomen et le thorax forment une seule ligne droite à direction oblique, ayant son point le plus élevé aux genoux et son point le plus bas au cou.

Attitude du médecin : Debout aux pieds de la malade, il place ses deux mains sur les genoux de cette dernière.

Mouvement. a) Adducteurs. Premier temps : Le médecin écarte les genoux de la malade avec la résistance de cette

dernière. Second temps : La malade les approche avec la résistance du médecin.

b) *Abducteurs*. Premier temps : La malade écarte les genoux avec la résistance du médecin. Second temps : Le médecin les rapproche avec la résistance de la malade.

Action : Décongestionne le bassin, en faisant refluer le sang vers le thorax et la tête, et tonifie le plancher pelvien.

B. Mouvements congestionnants. — Pendant leur exécution la paroi abdominale doit être tendue (elle doit comprimer les viscères), et l'attitude de la malade, quoique passive pendant toute la séance, doit néanmoins être épuisante.

1° *Rotation de la hanche*. — Ce mouvement peut être passif ou actif.

a) *Passif*. *Attitude de la malade* : Elle est à demi-couchée dans un fauteuil, dos et tête appuyés, un de ses membres appuyé par terre et immobile.

Attitude du médecin : Debout à côté de la malade, il prend un de ses pieds dans une main, l'autre étant posée sur le genou correspondant de la malade. Le membre est mis par lui en flexion : genou sur la cuisse, cuisse sur le bassin.

Mouvement : Circumduction dans l'articulation coxo-fémorale de dedans en dehors. On répète ce mouvement 10 fois avec chaque membre inférieur.

b) *Actif*. *Attitude de la malade* : Elle est debout, ses mains appuyées contre le dossier d'une chaise, un de ses pieds est posé à plat par terre.

Mouvement : La malade lève l'autre pied, fléchit le genou sur la cuisse, la cuisse sur le bassin et fait des mouvements de circumduction dans l'articulation coxo-fémorale.

Action : Congestionne fortement le bassin en créant un obstacle à la circulation libre du sang.

2° *Flexion et extension d'un des membres inférieurs.*

Attitude de la malade : Elle est debout sur un seul pied à plat sur le sol. L'autre est relevé à la hauteur d'une chaise où il s'appuie par sa face dorsale. Les membres supérieurs sont étendus en haut.

Attitude du médecin : Debout derrière la malade, sur la chaise où est posé le pied de cette dernière, il lui prend les mains pour la soutenir.

Mouvement. Premier temps : La malade se lève lentement sur la pointe du pied posé par terre. Second temps : La malade fléchit le genou du même membre en se baissant progressivement. Troisième temps : La malade se relève en mettant sa jambe en extension complète et se relevant de nouveau sur la pointe du pied. Quatrième temps : La malade pose son pied à plat (position primitive). Ce mouvement se répète 3 ou 4 fois avec chaque membre inférieur.

Action : Congestionne fortement le bassin.

Ce mouvement peut être exécuté par la malade seule sans le médecin. Elle doit pour cela appuyer ses mains sur un point résistant.

3° *Tapotement de la région lombaire et du sacrum.*

Attitude de la malade : Elle est debout, ses mains appuyées contre une chaise, pieds écartés, pointes en dedans.

Attitude du médecin : A gauche de la malade, la main droite fléchie en poing.

Mouvement : Avec cette main, le médecin frappe par de petits coups secs (4 ou 5) sur les régions lombaires et sacrées des deux côtés de la colonne vertébrale. Il répète cette manœuvre 4 ou 5 fois.

Action : Active la circulation, excite les nerfs du petit bassin, d'où meilleur fonctionnement du rectum et de la vessie, et tonifie les masses musculaires lombaires.

Ce même mouvement, exécuté la malade étant fortement penchée en avant, agit beaucoup moins comme congestionnant, mais a, par contre, l'avantage de favoriser la résorption des exsudats.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE

Voyons maintenant par quel mécanisme agissent toutes ces manipulations de la kinésithérapie, quand elles sont appliquées aux différentes affections gynécologiques.

Ici aussi nous suivrons le même plan que dans le chapitre précédent, c'est-à-dire nous étudierons d'abord l'action physiologique du massage et ensuite l'action de la gymnastique.

A. — Massage

Déjà, d'après le chapitre précédent, on a pû se faire une impression, très vague, il est vrai, de l'action physiologique de chacune des manœuvres décrites. En somme nous avons vu que ces différentes manipulations permettent d'obtenir divers effets :

1° Décongestionnants.

2° Congestionnants.

3° Résolutifs.

4° Mécaniques.

5° Analgésiques.

Voyons si l'observation clinique et l'expérience de laboratoire confirment les opinions énoncées ci-dessus. Et tout d'abord occupons-nous des deux premières questions, dont l'importance est capitale, comme nous le verrons tout à l'heure.

1° et 2° Effets décongestionnants et congestionnants.

Les observations cliniques montrent :

1° Un massage *léger*, utérin et périutérin, interrompu par des pauses, arrête les métrorrhagies chroniques

2° Un massage *fort*, prolongé, les augmente et par contre amène ou régularise le flux menstruel dans les cas des aménorrhées et des dysménorrhées.

Pour donner une interprétation physiologique à ces deux faits, adressons-nous aux expériences de laboratoire ; ces dernières, faites sur des animaux par différents expérimentateurs (1) montrent :

1° Un massage *léger* (effleurage), entrecoupé de pauses et exécuté sur les viscères à travers la paroi abdominale, produit dans les vaisceaux de ces viscères comme effet final une *vaso-constriction profonde avec élévation de la tension sanguine.*

2° Un massage continu, *fort* (pressions, frictions profondes) sur ces mêmes viscères amène finalement *une vaso-dilatation profonde avec diminution de la tension.*

Revenons à présent à nos deux faits d'observations cliniques énoncés ci-dessus et tâchons d'y appliquer les résultats tirés de l'expérience de laboratoire.

---

(1) Goldz, von Kleen, Klein, Colombo, Cautru, Huchard, Stapfer, Romano.

Il nous semble qu'il y a une concordance parfaite entre ces deux sortes de faits et la conclusion se tire d'elle-même; dans le premier de ces cas l'action *décongestive* du massage est due à la vaso-constriction profonde; dans le second son action *congestive* s'explique par une vaso-dilatation profonde.

Le massage abdominal ou abdomino-pelvien peut donc produire à volonté la vaso-constriction et la vaso-dilatation. Mais comment cela ? D'après la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, il agit par son action sur les *centres vaso-moteurs*. Voici ce qu'en dit Kleen, en parlant de l'action du massage en général : « Pratiquement il nous suffit de savoir que la pression sanguine augmente pendant le massage, surtout pendant le massage du ventre, par une excitation directe du réflexe splanchnique, dont la conséquence est la constriction des vaisseaux mésentériques. » D'après Cautru : « Le massage abdominal détermine une excitation des centres nerveux abdominaux, d'où phénomènes de dilatation et de constriction des vaisseaux. »

C'est justement cette propriété vaso-motrice du massage qui nous donne la clef du rôle qu'il joue dans le traitement des affections gynécologiques. En effet, en faisant l'analyse de l'étiologie des maladies des femmes on est obligé d'avouer que l'infection n'est pas tout dans la genèse de ces maladies. Des travaux récents (1) tendent à démontrer qu'il existe encore toute une série de malades qui peuvent présenter les symptômes des affections gynécologiques d'origine infectieuse sans aucune infection locale préalable. Ce sont alors des

(1) Richelot, Hepp.

neuro-arthritiques, qui, par leur « tempérament morbide », sont prédisposées à des troubles divers et nombreux d'ordre neuro-vasculaire. Quand ces troubles se localisent de préférence sur la zone génitale de la femme, la nutrition normale des organes de cette zone se trouve fortement compromise.

Ces troubles neuro-vasculaires se résument, d'après certains auteurs, dans des troubles *vaso-moteurs*, ayant pour conséquence une parésie des vaisseaux, et, par suite, une défectueuse irrigation des tissus et des organes.

Et alors le rôle physiologique du massage devient très clair. N'avons nous pas vu tout à l'heure que le massage appliqué avec méthode peut régulariser la fonction vaso-motrice et par là même faire disparaître les troubles vaso-moteurs (neuro-vasculaires), quand ils existent ? Faire disparaître ces troubles, mais c'est redonner aux vaisseaux parésiés (et non irrévocablement dégénérés) toute leur élasticité et contractibilité, c'est assurer ainsi une circulation libre et normale dans tout leur territoire d'irrigation.

Donc l'action du massage gynécologique est une régularisation de la circulation utérine et annexielle.

Et quels en sont les résultats immédiats? Il y aura à considérer des effets locaux et généraux.

Effets locaux : Les métrorragies chroniques arrêtées. c'est-à-dire un état congestif permanent de tout le pelvis et du plancher pelvien étant supprimé, tous les tissus de cette région récupèrent par suite leur tonicité, leur force. C'est grâce à cette vitalité rendue aux tissus, que leur dystrophie, leur sclérose, cette source de tant de maladies des femmes, peut être prévenue à temps. Ce sont aussi ces mêmes propriétés récupérées par le tissu musculaire, les ligaments, qui, en grande partie, nous aideront à maintenir

la réduction d'un utérus prolabé, dévié, à fortifier un plancher pelvien affaibli, relâché. C'est, enfin, cette vitalité normale qui rendra l'utérus et les annexes plus résistants à toute cause d'infection, si facile dans cette région.

Le flux menstruel arrêté ou insuffisant est régularisé, d'où dégorgement d'une circulation défectueuse, suppression d'une stase veineuse continuelle, ce qui est indispensable pour favoriser et activer un courant régulier et rapide dans le système lymphatique. La phagocytose deviendra donc plus énergique, les infiltrats se résorberont, les œdèmes disparaîtront.

Effets généraux: La guérison d'une métrorragie chronique fera disparaître une cause d'anémie persistante. La régularisation du flux menstruel absent ou trop peu abondant aura pour conséquence l'ouverture d'un émonctoire physiologique puissant, qui distrait à l'organisme tout entier tant de toxine et de déchets.

Il nous reste à expliquer les trois derniers effets du massage gynécologique (voir p. 46).

3° Effets résolutifs et absorbants. — Ici aussi l'expérience de laboratoire confirme l'observation clinique. Norstrom rapporte l'expérience suivante : On fit des injections d'encre de Chine dans les articulations des coudes et des genoux d'un lapin, et l'on pratiqua en même temps le massage du coude et du genou d'un seul côté du corps. Au bout de quinze jours l'animal fut sacrifié. Du côté où le massage avait été pratiqué, les tissus, les voies lymphatiques, le sang ne contenaient presque pas d'encre et pour en trouver il fallait monter parfois jusqu'aux ganglions inguinaux, tandis que de l'autre côté, tout, tissu et ganglions, en était gorgé.

Klein, en injectant de l'eau dans le péritoine, a calculé qu'en une heure il se résorbe 4,5 0/0 du poids de l'eau sans massage, et 9,02 0/0 lorsqu'on pratique le massage de la paroi abdominale après l'injection.

Quelle est l'explication physiologique de ces faits? Mais nous l'avons indiquée tout à l'heure en parlant des avantages qui résulteront pour la région locale du système lymphatique, absorbant par excellence, quand toute la circulation utérine et annexielle sera régularisée et deviendra normale.

4° Effets mécaniques. — Nous voulons parler ici des réductions et des soulèvements des utérus déviés et prolabés. Il faut y voir en partie une action mécanique : c'est en faisant parcourir à l'organe déplacé le même chemin qu'il a employé pour se déplacer, mais en sens inverse, comme on l'aurait fait pour un membre luxé (1), qu'on réussit à les remettre en place ; c'est en distendant peu à peu les adhérences, qu'on les allonge et qu'on prépare leur résorption par les voies lymphatiques.

Mais cette seule action mécanique ne suffit pas pour expliquer le maintien durable de la réduction. Il faut encore une autre condition ; c'est celle dont nous avons parlé si longuement plus haut : la vitalité rendue aux ligaments relâchés, aux muscles atoniés, en un mot à tout l'appareil de suspension et de soutien de l'utérus et de ses annexes par une circulation devenue libre et régulière. Il faut dire encore qu'il y a ici une influence réciproque de deux actions : tant il est vrai qu'une circulation régulière rend toute leur tonicité aux tissus distendus, relâchés, de même

(1) Stapfer, Sielski.

aussi il est juste qu'un organe déplacé, mis en place, permette au liquide sanguin de suivre sa direction primitive et normale (1).

5° Effets analgésiques. — Cette action résulte aussi en grande partie de la meilleure vitalité des tissus et des organes, de la disparition des œdèmes, des infiltrats qui pourraient être cause de compressions nerveuses. Il faut cependant ajouter qu'il y a à ce point de vue encore une action directe, mécanique, *anesthésiante* pour ainsi dire, provoquée par un massage très léger (effleurage) sur les terminaisons nerveuses.

B. — Gymnastique

Il serait particulièrement intéressant de connaître les effets physiologiquas de la gymnastique gynécologique. On pourrait ainsi mettre un terme à la discussion dont nous avons déjà parlé, qui divise les auteurs et les praticiens en deux groupes : ceux qui combinent la gymnastique avec le mas-

---

(1) Cette question est très controversée. La discussion porte surtout sur le fait si bien observé — la réduction définitive de l'utérus par l'élévation (lyfting). D'après Brandt, c'est par la tonicité rendue aux ligaments larges et au plancher pelvien par l'élèvement, que la guérison se maintient. Le professeur Ott s'associe à cette opinion en ajoutant encore que le « lyfting » a une action élective sur les fibres lisses de l'utérus, ainsi que sur celles des ligaments, action qui se résume dans une tonicité restituée par suite de contractions musculaires de longue durée (séances quotidiennes et longtemps prolongées). Preuschen n'est pas du tout de cet avis. D'après lui on ne doit le bon résultat durable qu'à la gymnastique, qui fortifie le releveur de l'anus.

sage, et ceux qui se bornent à faire du massage. Malheureusement les études (1) sur la physiologie de la gymnastique gynécologique sont rares et nous nous contenterons du résumé des considérations de Stapfer.

Nous savons déjà qu'il y a des mouvements décongestionnant et congestionnant le petit bassin.

1° *Mouvements décongestionnants.* — L'examen de la malade pendant un de ses mouvements (abduction fémorale) montre des phénomènes subjectifs et objectifs.

a) Phénomènes subjectifs. La malade accuse une sensation de plénitude du thorax et des bouffées de chaleur.

b) Phénomènes objectifs. L'index, placé sur l'utérine d'une métrorragique montre :

1° Avant l'abduction, pulsations amples, mais molles, arythmés.

2° Pendant l'abduction, pulsations serrées, précipitées.

3° Après l'abduction, pulsations amples, mais nettes et rythmées.

L'interprétation de ces deux faits est la suivante :

a) Les phénomènes subjectifs montrent qu'il y a une dérivation du sang du petit bassin vers les parties situées plus haut, se faisant d'un côté par la fessière, qui comme l'utérine prend naissance à l'hypogastrique, et de l'autre côté par la contraction des masses musculaires dorso-lombaires, qui détourneraient une partie du contenu de l'aorte.

b) Les phénomènes objectifs prouvent qu'il y a une vaso-constriction profonde pendant les exercices. Et cette

---

(1) Il y a bien eu des tentatives dans ce sens, et nous mentionnerons ici les considérations du Dr Riess (Deut. med. Woch., 1892).

vaso-constriction elle-même s'explique par un effet réflexe d'excitation des centres vaso-moteurs. Voici ce qu'en dit Stapfer :

« Le réveil graduel de la tonicité des vaisseaux ainsi excités indirectement chaque jour supprime la congestion très aisément, s'il n'y a nulle altération des parois vasculaires. C'est par une petite, mais quotidienne excitation des centres vaso-moteurs, que j'explique la persistance des effets hémostatiques abdominaux de la gymnastique des membres. »

2° *Mouvements congestionnants.* — Se basant sur le fait clinique, qui montre, que chaque exercice décongestionnant devient congestionnant aussitôt qu'il entraîne la fatigue, Stapfer tire cette conclusion : l'effet congestif de la gymnastique réside dans une action mécanique, résultant tantôt d'une attitude épuisante, tantôt d'un obstacle mis sur le trajet du mouvement sanguin (mouv. c. 1).

Quelle que soit l'explication physiologique, l'expérience clinique a démontré, d'après Brandt et ses élèves, que ces effets sont indiscutables. Et c'est pour cela que Brandt fait toujours suivre immédiatement le massage de la gymnastique et conseille cette manière de faire à tous les praticiens. Il a pour cela encore d'autres motifs. « Les mouvements faisant *immédiatement* suite au massage augmentent la valeur de celui-ci et peuvent, dans le cas où il était mal appliqué, prévenir les effets nuisibles. »

D'ailleurs, les partisans de cette opinion sont nombreux, et il y a parmi eux même des fanatiques ; d'après ces derniers le massage n'est rien, la gymnastique est tout, surtout comme moyen décongestif. Pour notre part, n'ayant pas du tout le droit de formuler une opinion personnelle d'après une seule observation, nous croyons cependant utile de signaler ici que dans notre cas (obs. III) l'effet décongestif

très durable n'a été obtenu par nous que par un simple massage sans l'auxiliaire de la gymnastique. Mais aussi nous avouons que l'amélioration s'est fait longtemps attendre et a nécessité une vingtaine de massages.

Tout ce long chapitre nous amène à dire que l'action physiologique de la kinésithérapie gynécologique se résume dans une régularisation de la circulation pelvienne par action sur le système nerveux (centres vaso-moteurs). Mais ce n'est pas tout. Cela n'explique que des effets locaux, et l'observation montre qu'il y a encore des effets généraux de la plus haute importance. Déjà dans les pages précédentes nous avons eu l'occasion d'en parler (voir p. 50). Mais ce sont là des effets généraux, qui apparaissent comme des résultats directs, immédiats, des effets locaux. A côté, il y a une série de changements des plus favorables dans tout l'organisme de la malade, qui à première vue paraissent inexplicables, d'autant plus que souvent ils précèdent même l'amélioration locale. Comment concevoir, en effet, qu'un massage purement gynécologique peut, d'un côté faire disparaître une insomnie épuisante, des céphalées intenses, des nausées épigastriques et les autres signes réflexes si variés chez les « utérines », et d'autre part amener une régénération du sang (augmentation des globules rouges) et une augmentation de sécrétions (diurèse (1))?

Pour répondre à cette question, nous devons faire intervenir l'hypothèse de Stapfer, *le réflexe dynamogénique* (car-

---

(1) Huchard et Cautru.

dio-vasculaire), dont l'existence fut démontrée par lui et son élève Romano sur l'homme et les animaux (1). Ce réflexe n'est autre chose qu'une action secondaire de la kinésithérapie gynécologique — du *massage surtout* — sur le cœur, action puissante, produite par une excitation quotidienne à travers la paroi abdominale des plexus abdominaux ou abdominaux-pelviens, points électifs du réflexe.

Plus haut nous avons vu que cette excitation a pour effet local la régularisation de la jonction vaso-motrice pelvienne ; c'est, comme nous l'avons dit, l'opinion de plusieurs auteurs, qui se sont occupés de cette question. D'après Stapfer, ces effets vaso-moteurs locaux ne sont dus, eux aussi, qu'au reflexe dynamogénique et ne se produisent que « grâce à une excitation d'ordre réflexe des nerfs cardiaques et vaso-constricteurs ». Il résulte de cette excitation une rééducation de centres nerveux qui dominent la vaso-dilatation et la vaso-constriction non seulement de la région abdominale, mais encore de tout l'organisme.

Donc l'hypothèse de l'existence du réflexe dynamogénique explique d'un seul coup tous les mystères de la puissance locale et générale de la thérapie kinésique. On nous objectera : « Ce n'est qu'une hypothèse. » Nous répondrons par les paroles de Huchard, qui dans sa communication à l'Académie (1898) a dit en parlant de l'action physiologique du massage abdominal : « Faut-il admettre avec Stapfer et Romano une action secondaire sur le cœur et la circulation générale par une sorte de réflexe dynamogénique, dont les expériences sur les animaux et l'observation sur l'homme

(1) Romano. — Thèse de Paris, 1895.

ont démontré la réalité ? La chose est possible et même probable, et Stapfer a judicieusement fait remarquer que la circulation locale abdominale tient sous sa dépendance l'intégrité de la circulation générale. »

L'amélioration de l'état général de la malade sous l'action du massage gynécologique local devient donc tout à fait compréhensible, d'autant plus que dans la plupart des cas ce massage est abdomino-pelvien et non purement pelvien. En effet ces malades à traiter sont presque toujours des constipées et des ptosiques, et il faut recourir au massage abdominal complet pour aider à la disparition de ces conditions si fâcheuses, tantôt par la congestion du petit bassin, tantôt par un prolapsus utéro-annexiel.

Nous pensons que la lecture de ce chapitre fera sourire les sceptiques et les adversaires de la kinésithérapie gynécologique : il y a tant de cas où cette méthode appliquée seule est illusoire ou même nuisible. Ce serait aller contre l'évidence que de nier ces faits qui ne montrent qu'une chose : que la kinésithérapie gynécologique, tout en étant un traitement très puissant par ses effets locaux et généraux, a néanmoins, comme tout autre moyen thérapeutique, non seulement des indications, mais aussi des contre-indications.

Examinons les unes et les autres.

CHAPITRE IV

INDICATIONS

Disons tout de suite que la kinésithérapie gynécologique ne s'applique qu'aux affections chroniques, et d'après certains auteurs aux affections subaiguës, mais jamais aux maladies aiguës.

Quelles sont donc ces affections à soigner par la kinésithérapie gynécologique, quel est le procédé à employer dans chacune d'elles et quels peuvent être les résultats obtenus?

§ 1. Affections utérines	hémorragiques	Endométrites hémorragiques. Pseudo-métrites hémorragiques. Fibro-myomes.
	douloureuses	Métrites parenchymateuses. Pseudo-métrites parenchymateuses.

Affections hémorragiques. — *a*) *Endométrites hémorragiques* caractérisées principalement par les ménorragies et les métrorragies, à côté d'autres symptômes (pertes séro-muco-purulentes, douleurs). *Etiologie-infection.* Dans cette catégorie entreront aussi les métrites hémorragiques com-

pliquant les annexites chroniques. L'utérus est dans un état de congestion permanent. Avec cela, le syndrome utérin: constipation, ténesme vésical, palpitations, névralgie, obésité, etc.

b) *Pseudo-métrites hémorragiques.* — Le groupe des pseudo-métrites, créé par Richelot dans ses travaux récents, peut apparaître avec absolument les mêmes symptômes locaux que les vrais métrites (infectieuses). Dans le cas qui nous intéresse pour le moment, ces symptômes seront les hémorragies (mén. et métr.), la leucorrhée, le syndrome utérin dans la plus haute expression. Pourtant ce ne sont pas du tout les mêmes affections, et c'est *l'étiologie* qui résout la question. Les vrais métrites sont infectieuses avec lésions parfois profondes de la muqueuse et des autres tissns utérins; les pseudo-métrites sont *d'origine dystrophique* (arthritique) sans aucune lésion histologique locale.

Quoi qu'il en soit, ici comme là, nous avons les mêmes indications symptomatiques de la kinésithérapie gynécologique: état congestif de l'utérus, atonie musculaire et le syndrome utérin. Mais, tandis que dans la métrite vraie cet état congestif est la conséquence d'une infection, sa cause primordiale, dans la pseudo-métrite il s'explique par un trouble nutritif (neuro-vasculaire ou vaso-moteur). Dans le premier cas, l'atonie utérine n'est que secondaire, le syndrome utérin n'est que d'ordre réflexe; dans le second cas, ces signes sont, comme l'état congestif de l'utérus, des manifestations de la cause initiale, le « tempérament morbide », arthritique de la malade.

Cette différence étiologique, malgré la ressemblance clinique de deux infections, nous semble avoir la plus grande importance au point de vue de l'application de la kinésithérapie gynécologique au traitement des métrites. C'est elle

qui doit nous expliquer cette discordance frappante dans les opinions des différents auteurs également compétents, cependant, sur les résultats obtenus dans le traitement de la métrite par la kinésithérapie seule. Là où les uns signalent des cures radicales avec disparition de tous les phénomènes fâcheux directs ou indirects, les autres ne relatent que de simples améliorations symptomatiques et les troisièmes parlent d'échecs. Si nous nous rappelons les idées émises dans le chapitre *Physiologie*, nous verrons que conformément à ces idées, parmi toutes les métrites, ce sont justement les pseudo-métrites qui donneront des indications directes, non seulement symptomatiques, mais encore *étiologiques* de la kinésithérapie. Ce traitement doit donc être ici un moyen héroïque curatif, tandis que, dans la métrite vraie, il ne sera souvent qu'un palliatif, qui, tout en restant d'ailleurs un excellent stimulant local et général, ne pourra faire disparaître par lui seul la cause de la congestion utérine : l'infection.

Les procédés à employer sont les mêmes dans les deux cas.

Massage : Massage décongestionnant de l'utérus (voir p. 39) A ce massage local il est indispensable, à notre avis, d'associer encore le massage abdominal complet. Dans les métrites vraies, il est secondaire et sert à combattre les phénomènes réflexes. Dans les pseudo-métrites, il est au contraire de la première importance, parce qu'en combattant les différents signes d'arthritisme (constipation, obésité de la paroi abdominale, ptose), il fait en même temps disparaître quelques-unes des causes indirectes de la congestion utérine et favorise en grande partie la disparition de la métrite.

Gymnastique : Décongestionnante. Surtout mouvement d. 3. Séance quotidienne de 10 à 20 minutes. La durée du traitement dépend de l'ancienneté du cas et du siège plus

ou moins haut de la lésion, dans les métrites vraies (Stapfer) et, ajouterons-nous, surtout de l'étiologie de la métrite. Il faut en moyenne de 1 à 2 mois jusqu'à ce qu'une amélioration satisfaisante se produise. Jl est indispensable, pour obtenir une guérison radicale, de continuer le traitement plus ou moins espacé (3 séances par semaine) pendant au moins un mois après la disparition des phénomènes fâcheux. Il faut aussi savoir que la leucorrée des arthritiques est très rebelle au traitement et peut persister même quand la malade est guérie de ses hémorragies.

L'observation a montré que les ulcérations du col si fréquentes dans les métrites, surtout dans les vraies métrites, se cicatrisent très bien sous l'influence du massage; il faut seulement s'attendre, pendant les premières séances, à une légère irritation ou même à une petite hémorragie (1).

c) *Fibro-myomes*, caractérisés principalement par des méno et métrorragies.

La kinésithérapie apparaît ici comme moyen palliatif et symptomatique, ne faisant pas régresser la tumeur. Elle n'est capable que de diminuer les hémorragies, en décongestionnant l'utérus.

Le succès dépend de la nature de la tumeur : plus elle est molle, vasculaire, meilleur sera le résultat. Les hémorragies accompagnant les tumeurs fibreuses très dures cèdent rarement au traitement.

---

(1) Wirchow explique de la manière suivante ces bons effets obtenus : les érosions du col sont dues à une congestion permanente du col et à son irritation par les pertes incessantes de l'utérus malade, et le massage agit d'abord directement en décongestionnant la muqueuse cervicale, et ensuite indirectement en diminuant ou en faisant disparaître complètement les écoulements utérins.

La durée du traitement est très variable. En tous cas la kinésithérapie peut quelquefois diminuer les hémorragies accompagnant les fibromes. Mais c'est déjà beaucoup, parce qu'en faisant disparaître même en partie les pertes sanguines, la méthode permet à la malade de reconstituer son état général. Elle accentue encore ce résultat favorable par ses propriétés de stimulant général, et le jour où la malade se présentera pour une opération, les conditions seront infiniment meilleures qu'avant l'application du traitement kinésique.

Massage : Décongestionnant et élévation de l'utérus.

Gymnastique : Décongestionnante. C'est surtout la gymnastique qui a une influence hémostatique ici.

Affections douloureuses. *a*). *Métrite chronique parenchymateuse.* — Elle présente comme symptômes essentiels une augmentation du volume de l'utérus, une pesanteur, des douleurs dans le bas-ventre avec irradiations lombo-sacrées et dans les membres inférieurs. A côté, encore d'autres signes, écoulement, dysménorrhée souvent, syndrome utérin. Étiologie — *infection initiale.* Le processus inflammatoire a donné naissance à « un tissu fibreux, rétractile, qui, tout en augmentant le volume de l'utérus, étouffe les éléments normaux et atrophie l'organe. »

b) *Pseudo-métrite parenchymateuse ou hypertrophique.* — Elle présente le même tableau clinique que la vraie métrite hypertrophique, mais l'étiologie en est toute différente : c'est une *dystrophie* neuro-vasculaire sur un terrain neuro-arthritique. Ici la congestion permanente de l'utérus aboutit, avec le temps, par suite d'une altération nutritive continuelle, à « une sclérose hypertrophique évolutive

avec l'intégrité et même l'hyperplasie de la paroi musculaire (1).»

Quelles sont les indications thérapeutiques dans les 2 cas? Voici ce qu'en dit Tillaux : « Le traitement de la métrite parenchymateuse chronique présente comme indication de faire subir au tissu utérin un travail de régression. Dans ce but on a essayé du massage dont l'application me paraît bien difficile, je dirai presque illusoire. »

A côté de cette opinion de l'éminent chirurgien, nous devons en mentionner une tout autre, appartenant aux praticiens qui se sont occupés de la kinésithérapie gynécologique. Cette contradiction ne doit pas nous étonner outre mesure : le massage peut très bien rester inefficace dans les vraies métrites, *si le tissu utérin est complètement dégénéré, atrophié*, et il *doit* par contre donner de meilleurs résultats dans les pseudo-métrites hypertrophiques d'origine dystrophique, où il n'y a aucune lésion irréparable des tissus.

Le massage doit surtout être précieux dans les premières phases de la pseudo-métrite. Il est probable qu'un traitement kinésique, appliqué à temps ici, peut prévenir la formation de « l'utérus géant », de l'utérus fibromateux sans fibrome ou même du fibrome vrai, puisque congestion, hyperplasie, sclérose, fibromatose sans ou avec fibrome de l'utérus, ne sont que les anneaux successifs d'une seule chaîne.

Comment faut-il donc employer ici la kinésithérapie gynécologique ?

Avant de procéder au traitement direct de la maladie, il faut consacrer plusieurs séances à un *massage analgésique*,

(1) Richelot.

qu'on emploie d'ailleurs dans toutes les affections où il y a douleur profonde ou sensibilité exagérée de la paroi abdominale.

Massage analgésique préparatoire : Il consiste en ce que toutes les manœuvres externes (effleurage, pétrissage, frictions circulaires, *vibrations*) ne visent que la paroi abdominale seule et se font très légèrement au début de la séance pour devenir de plus en plus énergiques à la fin, sans toutefois causer de douleur. La durée de chaque séance est de 5 à 8 minutes. Le nombre des séances préparatoires est variable suivant la sensibilité de la malade.

En général 2 à 3 séances préparatoires suffisent avant de commencer le massage curatif des pseudo-métrites hypertrophiques. Comme technique, le massage ne diffère en rien des autres massages utérins (voir p. 39). On y ajoute de la gymnastique congestionnant ou décongestionnant d'après les indications.

§ 2. Troubles menstruels — Hémorragies. Dysménorrées. Aménorrées.

Hémorragies (ménorragies et métrorragies).

a) Hemorragie des jeunes filles arrivées à la puberté.

Quelle en est l'étiologie? A part des cas très rares où ces hémorragies sont les symptômes d'une métrite infectieuse, c'est un trouble dyscrasique d'ordre général (chloro-anémie, neuro-arthritisme) qui en est la cause. En tous cas, quel que soit le terrain, on a affaire ici à un utérus fortement congestionné, et la kinésithérapie trouve donc son indication symptomatique toujours, étiologique très souvent (dans les

cas de pseudo-métrites virginales de Richelot). Et, en effet l'observation montre que ce moyen donne de très bons résultats ici.

Massage : Décongestionnant, c'est-à-dire légers effleurages sur le bas-ventre (région de l'utérus et des annexes). Certains auteurs proposent le massage utérin complet (V. p. 39) seulement par voie rectale.

Gymnastique : Mouvements décongestionnants.

C'est surtout à ces manœuvres qu'il faut, d'après certains auteurs, avoir recours dans ces cas.

b) *Hémorragies des femmes approchant de la ménopause.*— Beaucoup de femmes bien portantes jusqu'alors commencent à présenter vers un certain âge (40 à 50 ans), sans aucune cause appréciable, des ménorragies et même des métrorragies très rebelles. L'examen ne montre au début aucune lésion des tissus. Cela serait alors un de ces accidents dont l'ensemble a reçu de Stapfer le nom de « vaso-constriction et de vaso-dilatation erratique », et qu'il explique par un déséquilibre dans la fonction vaso-motrice.

D'après Richelot, un grand nombre de ces malades sont des neuro-arthritiques chez lesquelles nous sommes encore en présence d'une pseudo-métrite d'ordre dyscrasique.

Il nous semble qu'en somme les opinions de ces deux auteurs se rapprochent beaucoup, puisque tous les deux sont d'accord sur l'existence, au point de vue étiologique, d'un trouble nutritif d'ordre « neuro-vasculaire » d'après Richelot, d'ordre « vaso-moteur » d'après Stapfer.

Troubles neuro-vasculaires, vaso-moteurs ce sont toujours les indications directes de la kinésithérapie gynécologique, qui doit donner en ce cas les meilleurs résultats.

Nous pensons que notre observation III peut être une démonstration de cette opinion. Pour nous, non seulement

notre malade entre dans la catégorie des arthritiques atteintes de métrites hémorragiques, mais elle doit encore, vu son âge avancé, être placée parmi celles qui s'approchent de la ménopause et qui présentent par suite des troubles spéciaux vaso-moteurs dont parle Stapfer.

Massage : Décongestionnant (local) et massage abdominal complet.

Gymnastique : Décongestionnante.

Dysménorrée. — Cet état, caractérisé, comme on le sait, par une menstruation pénible et parfois insuffisante, peut être la conséquence de causes très différentes. Dans la plupart des cas, il n'est qu'un symptôme d'une lésion de l'utérus ou des annexes. Et quand ces lésions sont justiciables du massage gynécologique (ce seront alors les métrites, les déviations, les flexions utérines, les annexites, les adhérences, les fausses membranes, comprimant ou déviant les annexes), leur traitement sera en même temps celui de la dysménorrée.

Mais, à côté de ces cas, il y a en a d'autres où la dysménorrée n'est qu'une manifestation d'une nutrition défectueuse de l'utérus et des ovaires, non lésés pourtant.

L'utérus et les ovaires peuvent être alors tantôt petits, atrophiés, tantôt fortement congestionnés. La kinésithérapie est donc indiquée.

D'après Brandt, il faut appliquer une ou deux semaines avant les règles le procédé suivant :

a) Utérus gros, congestionné.

Massage : Décongestionnant (léger d'abord, devenant de plus en plus énergique ensuite).

Gymnastique: Décongestionnante.

b) Utétus petit, atrophié.

Massage : Léger et stimulant.

Gymnastique : Congestionnante.

Le docteur Chéron a souvent trouvé dans les cas de dysménorrée chez de très jeunes filles une congestion chronique de l'utérus, qui, tuméfiant la muqueuse du canal cervical, le rétrécit trop pour laisser le sang passer librement, et il se trouvait bien du procédé suivant :

Massage de la région lombo-sacrée (percussions, pressions, pétrissage, hachures, tapotements) une fois par jour dans la période intermenstruelle.

Dans ces mêmes cas, Brandt n'appliquait point de massage. Il faisait faire à ses jeunes malades, une ou deux semaines avant les règles, une séance quotidienne de gymnastique décongestionnante et obtenait toujours des résultats excellents.

Aménorrée. — De même que les dysménorrées, l'absence pathologique des règles a une étiologie fort diverse.

Dans beaucoup de cas, cet état n'est qu'un symptôme d'autres lésions locales ou générales.

Et ici aussi il y aura des cas (périmétrosalpingites, déviations, fléxions utérines, atrophie utérine par superinvolution), où la kinésithérapie fera disparaitre l'aménorrée avec la cause qui l'a produite.

Mais aussi il y aura des cas où elle restera impuissante (absence congénitale des ovaires, sclérose avec atrophie définitive de l'utérus, et autres).

Fréquemment aussi l'aménorrée peut être une des manifestations locales d'une nutrition défectueuse de l'organisme de la malade (neuro-arthristisme) et alors la kinésithérapie touvera sa vraie indication.

Massage : Congestionnant.

Gymnastique : Congestionnante.

§ 3. Annexites { Salpingites. Ovarites.

Salpingites. — L'inflammation des trompes peut donner plusieurs formes cliniques. Nous devons envisager au point de vue de l'application de la thérapie kinésique 2 cas seulements : *a*) la salpingite catarrhale et les hydro-salpinx avec perméabilité de l'orifice utérin ; *b*) la salpingite interstitielle, qui « prend tantôt la forme hypertrophique avec parois épaisses et cavités rétrécies, remplies d'une substance pulpeuse, tantôt la forme scléreuse. » Dans l'un et l'autre cas, quand l'inflammation aiguë est passée, il reste toujours des troubles nutritifs. Ces troubles (état congestif de la muqueuse dans le premier cas, associé d'abord à une hyperplasie musculaire et ensuite à une atrophie scléro-fibreuse dans le second) peuvent être très améliorés, sinon toujours tout à fait supprimés par la kinésithérapie gynécologique.

C'est, en effet, par le massage qu'on peut vider la trompe en dehors par l'intermédiaire de l'utérus dans le premier cas; c'est aussi grâce à lui que l'atrophie scléreuse définitive peut être prévenue dans le second cas.

Massage : Massage des trompes (v. p. 10). Si dans le cas des hydrosalpinx supposés ouverts, l'écoulement par l'utérus ne se fait pas, il vaut mieux imiter l'exemple de Brandt, qui suspendait alors immédiatement le traitement kinésique.

Gymnastique : Décongestionnante ou congestionnante d'après les indications.

Ovarites. — L'inflammation des ovaires peut aussi se manifester sous différents aspects. Tantôt le processus ne reste qu'à la périphérie et on n'aura qu'une périovarite ; tantôt c'est l'écorce qui commence à se scléroser, tantôt enfin c'est une dégénérescence scléro-kystique de tout l'ovaire.

A côté de ces ovarites infectieuses il en existe encore d'autres, d'origine dystrophique : ce sont des ovaires scléro-kystiques, accompagnant les pseudo-métrites scléreuses de jeunes arthritiques (Richelot).

Dans tous ces cas, la kinésithérapie gynécologique a été appliquée avec des succès différents. Cela dépendait sans doute, ici comme ailleurs, de l'étiologie de l'affection et du progrès de la sclérose.

D'ailleurs, ces résultats de l'application de la thérapie kinésique aux traitements des annexites ne sont jamais aussi brillants que dans les autres affections gynécologiques. C'est ce qu'avouait Brandt (1) lui-même, sans en donner une explication quelconque. On arrive pourtant à diminuer le volume des trompes, des ovaires hyperplasiés et à calmer la douleur, ce qui est déjà beaucoup.

Massage: Massage des ovaires (voir p. 10).

Gymnastique: Se conformer aux indications. Rappelons encore une fois que, vu la sensibilité des annexes, la prudence la plus grande est à conseiller; la moindre brusquerie ou impatience peut provoquer une poussée aiguë.

§ 4. Exsudats pelviens et adhérences — Cellulites. Périmétrites. Périannexites.

Panniculites (Stapfer)

Les différentes affections inflammatoires du pelvis (métro-salpingo-ovarites, pélvi-péritonites, phlegmon des ligaments

(1) Nicolskaïa. — Vratsch, 1888.

larges et de la gaine de Delbet) laissent, lorsque la période aiguë est passée, des vestiges parfois très rebelles à beaucoup de traitements. Ce sont d'un côté des néo-formations, des adhérences, qui entourent les organes, les rendent volumineux, les dévient, les immobilisent (périmétrites, périannexites) ; ce sont, d'autre part, les exsudats d'abord mous, infiltrant en abondance le tissu cellulaire du pelvis (paramétrites, cellulite du ligament large) et devenant peu à peu durs par transformation fibreuse.

L'apparition de ces fausses membranes, de ces infiltrats pendant la poussée aiguë est compréhensible : c'est une réaction du tissu vivant contre l'infection. Mais leur tendance à s'éterniser, leur résistance à tout traitement souvent ne peut s'expliquer que par une altération profonde post-infectieuse dans la nutrition de toute la région du petit bassin. Il y a, d'après beaucoup d'auteurs, peu de moyens qui puissent mieux agir ici que la kinésithérapie gynécologique.

Et, en effet, les résultats obtenus sont excellents. Déjà au IIIe Congrès des médecins russes (1888) on a tiré la conclusion suivante : « L'application du massage dans les exsudations du petit bassin donnent beaucoup plus rapidement une amélioration et des guérisons que n'importe quel autre traitement. »

Quel est donc le procédé à employer ici ? A ce point de vue nous ne devons envisager que deux cas, malgré la diversité des types cliniques que présentent les envahissements du petit bassin et notamment nous envisagerons les EXSUDATS et les ADHÉRENCES.

EXSUDATS diffus ou formant des tumeurs molles ou dures :

a) Exsudats mous (cas plus ou moins récents, subaigus).

Massage : Malning. Efflenrage. Frictions circulaires. Vibrations. Toutes les manœuvres s'exécutent d'une manière

très légère pour ne pas éveiller l'inflammation, surtout dans les cas subaigus.

Pas de gymnastique.

b) Exsudats durs (cas anciens).

Massage : Au malning on ajoute les mêmes manœuvres externes qu'en *a*), mais *très énergiques.*

Dans l'un et l'autre cas le massage doit être centripète par rapport à la tumeur, c'est-à-dire les premières séances sont consacrées à la diminution des parties périphériques des infiltrats, et ce n'est que peu à peu qu'on se rapproche du centre.

Gymnastique : Décongestionnante ou congestionnante d'après les cas.

Adhérences, immobilisant et déviant l'utérus et les annexes.

Massage : Tension des adhérences, et, quand elles sont assez allongées, élévation (lyfting) de l'utérus.

Gymnastique : Se guider sur les indications.

La durée de chaque séance est de 5 à 10 minutes. La durée du traitement est variable : très rapide (7 à 10 séances) dans les exsudats et adhérences récents, très longue parfois dans les cas chroniques. « Ne comptez ni semaines ni mois, et le résultat sera excellent » dit Stapfer en parlant de ces cas invétérés.

Panniculites ou nodosités du tissu conjonctif sous-cutané. Cette forme spéciale d'œdème, étudiée par Stapfer, infiltre la paroi abdominale, peut accompagner les lésions génitales et peut aussi exister en dehors de ces lésions. C'est une des manifestations d'arthritisme.

En tous cas, infiltrant toute la paroi abdominale, ces nodosités la rendent parfois énorme et susceptible de contribuer à la congestion passive permanente du petit bassin. La

kinésithérapie gynécologique peut donc rendre ici de grands services. Peut-être avions-nous affaire chez notre malade (Obs. III) à un cas semblable.

Massage : Malaxation de la peau.

Gymnastique : Décongestionnante.

La durée de la séance est de 15 à 20 minutes.

La durée du traitement est très variable, de 4 semaines à plusieurs mois.

Les résultats sont très bons à condition de reprendre de temps en temps le traitement avec des intervalles.

§ 5. Déplacement de l'utérus et des annexes { Déviations. Prolapsus.

Utérus. — On sait que la position normale de l'utérus est l'antéversion légère et qu'il est maintenu dans cet état par l'élasticité des ligaments et la tonicité du plancher vagino-périnéal. Survienne n'importe quelle cause qui, d'une manière quelconque, rende insuffisant cet appareil de suspension et de soutien, et le déplacement est constitué. Ces causes (*pathologiques*, infectieuses ou neuro-arthritiques, *mécaniques*, grossesse, subinvolution ou enfin traumatismes) peuvent être nombreuses et nous ne pouvons pas en parler ici. Mais, quelle que soit l'étiologie primitive amenant une dystrophie des tissus (atonie, sclérose), le déplacement se fait finalement, grâce à deux facteurs : l'allongement ou la rétraction des ligaments utérins et le relâchement du plancher vagino-périnéal. Les déviations et flexions sont dues surtout au premier facteur, le prolapsus à tous les deux à la fois. L'utérus déplacé peut être mobile (causes mécaniques en jeu) ou fixé par des adhérences (inflammations antérieures du pelvis). Nous trouvons donc ici les indications

directes de la kinésithérapie gynécologique. Voyons quels sont les procédés à employer ; à cet effet, nous envisagerons plusieurs cas :

Déviations. — *a*) Déviations et flexions (anté, rétro) de l'utérus resté mobile ;

Massage : Réduction de l'utérus. Massage utérin. Élévations (lyfting).

Gymnastique : Décongestionnante, le plus souvent suivie « de la prière mahométane » (v. p. 36) en cas de déplacement de l'utérus en arrière.

b) Déviations et flexions de l'utérus, fixé par des adhérences. — Traitement des adhérences en premier lieu et ensuite opérer comme *a*). La durée de la séance quotidienne est de 8 à 12 minutes. La durée du traitement total est variable, en moyenne 2 à 4 semaines dans les déplacements avec la conservation de la mobilité et de 6 à 8 semaines là où l'organe est fixé. Les résultats obtenus sont bons d'après tous les auteurs : les symptômes réflexes ou directs, dus à la compression par le corps de l'utérus déplacé, disparaissent quoique la réduction *complète* soit rarement atteinte.

Prolapsus. — a) Utérus prolabé mobile.

Massage : Massage de l'utérus. Elévation. Pression digitale des nerfs et du vagin.

Gymnastique : Mixte (Mouv. d. 3 et m. c. 3).

b) Utérus fixé par des adhérences. — Traiter les adhérences d'abord et opérer ensuite comme *a*).

La malade doit éviter tout effort physiologique et physique. Durée de la séance, 10 à 15 minutes. La durée du traitement dépend de l'état des tissus. Dans des cas légers 3 ou 4 semaines suffiront, dans les anciens et surtout là où l'action des tissus a été paralysée par l'emploi des pessaires

(Brandt), il faut parfois 3 ou 4 mois, non pour mettre en place l'utérus (pour cela il suffit parfois de 2 à 3 séances), mais pour maintenir la guérison.

Cette guérison se maintient-elle longtemps ? A ce propos nous trouvons des opinions diverses. D'après Brandt et ses élèves, ce succès, s'il n'est pas obtenu toujours, l'est néanmoins très fréquemment, et de nombreuses observations plaident en faveur de cette opinion. D'après les autres, il y a beaucoup de cas de prolapsus où la kinésithérapie gynécologique ne donne pas de meilleurs résultats que n'importe quel autre moyen non opératoire. D'où provient cette divergence ? Les élèves de Brandt expliquent l'insuccès des praticiens par ce fait, qu'ils n'appliquent pas rigoureusement la méthode de Brandt. Mais il y a encore une autre opinion, qui nous paraît plus logique : « Pour que le traitement kinésique du prolapsus utérin donne un succès complet et durable, il faut que les tissus ne soient pas entièrement dégénérés ou sclérosés (1). »

Annexes. *Prolapsus.* — Etiologie, infection antérieure. Les trompes et les ovaires augmentés de volume par l'hyperplasie, par des fausses membranes, qui les agglutinent, tombent dans le cul-de-sac de Douglas, où ils sont, le plus souvent, fixés par des adhérences. Dans les cas beaucoup moins fréquents les deux organes sont fixés à la face postérieure du pubis ou à la paroi abdominale. Adhérences, fausses membranes, luxation des organes, donc kinésithérapie indiquée.

Massage : Commencer par faire disparaître les adhérences, s'il y en a, et tâcher ensuite par le doigt rectal d'amener les

(1) Fraenkel.

annexes vers la main abdominale, qui essaie de les mettre en place. Être très prudent.

Gymnastique : Se conformer aux indications.

§ 6. Obstétrique

Grossesse.
Délivrance.
Suites de couches.
Hématocèle.

En terminant ce chapitre disons quelques mots de l'emploi de la kinésithérapie gynécologique en obstétrique.

En suivant la littérature sur la thérapie kinésique nous n'avons pas remarqué beaucoup de communications à ce sujet. C'est Stapfer qui en parle avec le plus de détails, et nous ne ferons que le répéter, d'ailleurs très brièvement.

Grossesse. — Les difficultés de la locomotion, les pesanteurs, les hémorragies des 3 premiers mois, les douleurs abdomino-lombaires et lombaires, les auto-intoxications apparaissent comme indications, et le massage bien appliqué prévient un bon nombre d'avortements (c'est aussi l'opinion de Brandt).

Massage : Léger, péri et supra-utérin. Elévation.

Gymnastique : Décongestionnante.

Délivrance. — Le massage, seul indiqué, a pour effet de prévenir les hémorragies.

Massage : L'enfant dehors, on déprime la paroi épigastrique plus haut que le fond de l'utérus et on excerce de légères frictions intermittentes sur le paquet viscéral.

Suites de couches. — La subinvolution utérine, les hémorragies, les métrites, la métro-salpingite indiquent la kinésithérapie gynécologique. Mais ces indications n'ont

rien de particulier et pour leur traitement voir pages précédentes.

Ajoutons à cette énumération encore l'HÉMATOCÈLE (rétro-utérine enkystée), passée à l'état chronique et se résorbant parfois très bien sous l'influence du massage (Obs. XIV). Pour la technique du massage, voir § Exsudats.

D'après Stapfer, « toutes les accouchées des services hospitaliers devraient être soumises au traitement kinésique pendant quelque semaines à leur sortie. »

CHAPITRE V

CONTRE-INDICATIONS

Au commencement du chapitre précédent, nous avons déjà dit que la médication kinésique n'est indiquée que dans les affections chroniques, d'où la conclusion à tirer est claire : toutes les affections que nous avons vu traiter avec succès par le massage et la gymnastique sont une contre-indication absolue du même traitement dans leur état aigu. Et, en commençant le traitement, il faut bien s'assurer que la période aiguë est complètement passée.

Combien de temps après la cessation des manifestations aiguës faut-il laisser s'écouler avant de commencer le traitement kinésique, sans aucun danger pour la malade? Nous n'avons pas trouvé d'opinions nombreuses et précises à ce sujet, qui nous parait pourtant de la plus haute importance.

Nous nous bornerons donc aux considérations de deux praticiens et auteurs, Prochownik et Stapfer, dont un, le premier, est très réservé et parfois même sceptique, et l'autre au contraire très confiant et enthousiaste même de la mé-

thode kinésique. D'après Prochownick, le massage (il n'admet que cette partie de la méthode) ne peut être appliqué, que un mois et demi à trois mois après la cessation de la fièvre dans les exsudats pelviens et 6 à 8 semaines après dans les hématocèles. Quant à Stapfer, il trouve que « le massage est indiqué à peu de chose près par toutes les affections *subaiguës* ou chroniques du bas-ventre. »

Sans vouloir nous lancer dans une critique hasardeuse, nous dirons seulement qu'il nous semble que c'est à l'observation clinique surtout qu'il faut s'adresser pour trouver le critérium juste de la conduite à tenir, et qu'en tout cas la prudence la plus grande est nécessaire dans les cas *subaigus.* Brandt lui-même, et avec lui le professeur Schultze et le docteur Seiffart, trouvent que les accidents observés pendant l'application de la méthode sont dus principalement à l'impatience et à l'imprudence des praticiens. Et si l'on ajoute que tous les praticiens, si consciencieux qu'ils soient, ne sont pas toujours doués de l'art de Brandt et de Stapfer, on comprendra qu'il faut observer une grande réserve en ce qui concerne les cas subaigus.

Le traitement kinésique est encore contre-indiqué dans toutes les suppurations du pelvis, d'après la plupart des auteurs, et seulement dans les cas de pus collecté en poches fluctuantes et closes d'après Stapfer et A. Kelly. Le dernier applique le massage évacuateur (c'est-à-dire l'évacuation par compression bimanuelle du contenu du sac dans l'utérus, et de là dans le vagin) dans les pyosalpinx, quand l'indication de l'opération n'est pas très urgente. Il a obtenu de très bons résultats et pense que le massage peut ainsi éviter une opération. Mais il ajoute : « En l'absence d'un choix convenable des cas, il y a un danger imminent

de rompre le sac dans le péritoine et de provoquer ainsi une péritonite souvent fatale. »

Beaucoup de praticiens interrompent le traitement pendant les règles, en le considérant comme dangereux dans cette période. Ce n'est pas l'avis de Brandt, et, loin de voir dans l'apparition du flux menstruel une contre-endication, il pense, au contraire, que cet état où la circulation et la nutrition sont activées, est plutôt une condition favorable pour obtenir de meilleurs résultats. Voici, d'ailleurs, ce qu'il en dit: «J'applique le massage pendant les règles, excepté les cas d'aménorrées et de dysménorrées, et mon expérience de 6.000 malades m'a montré que :

» 1° Le massage local et général fait avec prudence n'est pas nuisible. Au contraire, il favorise la guérison.

» 2° Les pertes abondantes datant de longtemps diminuent et deviennent bientôt normales.

» 3° Les tumeurs exsudatives et les infiltrats augmentent pendant les règles, si le traitement est suspendu, et au contraire diminuent plus vite quand ils sont traités pendant les règles que dans les périodes intermenstruelles. Seulement la plus grande prudence est indispensable. »

Certaines maladies générales chroniques, comme la tuberculose, le mal de Bright, la neurasthénie et l'hystérie avec hyperesthésie et toutes les maladies générales aiguës contre-indiquent le traitement kinésique.

La méthode est inutile dans les néoplasies malignes de l'utérus (cancer, sarcome), dans les tumeurs bénignes liquides non résolubles (kyste de l'ovaire) et dans les manifestations locales de certains états dyscrasiques (hémorragies dans l'hémophilie, purpura et autres).

Ajoutons encore que quelques praticiens voient une contre-indication dans toute affection locale (métrite, annexite)

d'origine blennorragique. Les autres ne font pas cette différence dans l'application de la méthode même, mais trouvent quand même que, dans ces cas, le traitement est plus long et donne de moins bons résultats.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Les praticiens qui se sont occupés de l'application clinique de la kinésithérapie gynécologique ont presque tous imprimé les résultats de leurs observations. Aussi ces dernières sont très nombreuses. Nous sommes obligée de nous contenter de quelques-unes seulement.

Observation I (1)

(Service de M. le professeur Tédenat)

Endométrite. — Salpingo ovarite. — Rétroversions. — Pansement. Massage. — Guérison.

Marie H... 23 ans, entre à la Clinique le 8 décembre 1892.

Il y a 18 mois, la malade a souffert d'hémoptysies. Elle est hystérique.

Réglée à 14 ans, ses règles sont très irrégulières, avançant toujours de huit jours. Elles sont abondantes et durent 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches dans l'intervalle.

(1) Cette observation et la suivante sont empruntées à M. le docteur Cros (Thèse de Montpellier, 1894).

Mariée il y a 2 ans et demi, elle n'a pas eu de grossesse. Le début remonte à un an environ. Elle ressentit sans cause des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite et dans les reins des deux côtés, douleurs continuelles assez intenses, augmentées dans la position horizontale et à l'époque des règles; celles-ci sont depuis plus abondantes très douloureuses, durent 4 jours et font surtout souffrir la patiente le premier jour. Il n'y a jamais eu expulsion de caillots. Les pertes blanches depuis sont très abondantes dans l'intervalle.

Mictions fréquentes, jour et nuit, accompagnées de sensation de brûlure. A son entrée, la malade se plaint de douleurs dans les reins et le bas-ventre, continuelles, exaspérées par la position horizontale et assise. Pertes blanches.

Au toucher on constate que le cul-de-sac gauche est profond, le droit est occupé par l'ovaire prolabé. La trompe droite est grosse et douloureuse.

L'utérus a perdu sa mobilité; il est en rétroversion et avec antéflexion légère. Goutte de muco-pus au méat.

L'état général est défectueux. L'anémie est très prononcée, Le sommet gauche présente un souffle et une expiration prolongée. Les dernières règles datent du 28 novembre. Elles ont duré quatre jours. On institue le premier jour un traitement tonique général (huile de foie de morue, fer, rhubarbe) et des injections vaginales chaudes.

15 décembre. — Les règles reviennent avec des douleurs intolérables, l'écoulement sanguin dure jusqu'au 25 décembre.

4 janvier. — Massage (durée 2 minutes) sans douleur. Glaires abondantes sortant du col. Pansement avec dilatation, cautérisation. Drainage à la gaze, tampon vaginal. Suppositoire, morphine 0 gr. 01.

5. — Hier coliques assez fortes toute l'après-midi, pertes séreuses abondantes.

6. — Les coliques ont disparu, les pertes continuent.

7. — Les douleurs réapparaissent. On enlève le tampon et on voit s'écouler un liquide assez abondant couleur chocolat, qui vient probablement des trompes, qui se sont ainsi vidées. Lavage intra-utérin.

8. — Plus de douleurs, pertes séro-sanguines.

11. — Deuxième massage (3 minutes), glaires abondantes après la séance. Pansement avec curettage superficiel.

12. — Quelques coliques le soir, pertes assez abondantes.

17. — Nouveau pansement. Hystéromètre, 10 cm. On renouvelle le pansement deux fois le 10 et le 25 janvier.

31. — Troisième massage non douloureux. Pansement.

3 février, — Quatrième massage. Pansement suivi le lendemain de légères coliques et de pertes séro-sanguines.

7. — Cinquième massage sans douleur. L'utérus est redressé et mobile. Pansement.

11. — Sixième massage. Diminution considérable de la tuméfaction salpingienne gauche. L'utérus se redresse facilement à sa place normale. Pansement.

13. — Pas de coliques, les pertes ont beaucoup diminué.

14. — Septième massage. Pansement.

20. — Huitième massage. Pansement.

23. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie de son affection utérine et annexielle. L'utérus est à sa place normale et mesure à l'hystéromètre 8 centimètres. Les annexes sont libres et sans aucune inflammation. Malgré son sommet tuberculeux, la malade est dans un état général excellent comparé à celui de son entrée.

Observation II

(Service de M. le professeur Tédenat)

Ascite. — Salpingo ovarite gauche. — Utérus en rétroversion adhérente. Massage. — Mobilisation parfaite de l'utérus. — Guérison.

Marie P... âgée de 22 ans, est adressée par le Dr B... à M. le professeur Tédenat et entre à l'hôpital Suburbain. Rien à noter du côté de l'hérédité. Rougeole à 4 ans, réglée sans maladie à 12 ans. Menstrues régulières pendant 3 ou 4 jours. Quelques flueurs blanches. Constitution bonne.

La maladie actuelle a commercé il y a 6 ans : sans véritable douleur, le ventre augmente peu à peu de volume. En décembre 1884, ponction d'un épanchement ascitique. Le ventre augmente encore lentement de volume ; le 1er juillet 1887 on fit une deuxième ponction qui donna 5 ou 6 litres de liquide, clair comme de l'eau.

A son entrée à l'hôpital (11 janvier 1890), la malade présente une santé générale satisfaisante. Douleur vague sacro-lombaire. Appétit moyen, digestion un peu lente. Ascite énorme.

Toucher vaginal : hymen absent. Col utérin peu saillant. Cul-de-sac gauche rétréci, vaguement induré, un peu douloureux à la pression du doigt. L'orifice cervical ne présente rien d'anormal que sa direction à droite et en avant. Par le toucher rectal on sent le fond de l'utérus à gauche et à côté de lui une masse ovoïde, dure, sensible à la pression. M. Tédenat diagnostique : sapingo-ovarite gauche avec adhérences fixant l'utérus en latéro-flexion gauche.

13 janvier. — Ponction qui donne 3 litres de liquide clair comme de l'eau de roche. Il reste environ un litre de liquide dans le péritoine.

On sent bien maintenant l'utérus, fixé en latéro-version gauche par des brides qui ont la direction du ligament utéro-sacré. Les annexes gauches sont un peu augmentés de volume et presque fixes.

Les annexes droites sont saines et mobiles. La grande souplesse de la paroi abdominale rend l'examen très facile et le professeur Tédenat fait constater l'état des organes à plusieurs élèves du service.

Traitement : Injection vaginale chaude matin et soir. Tampon d'ouate glycériné le soir. Lavement chaud tous les jours, porté au moyen d'une grande canule. Séance de massage tous les matins. Un gramme d'iodure de potassium, friction sèche sur tout le corps.

18. — Les adhérences ont pu être distendues progressivement et presque sans douleurs ; l'utérus est déjà très mobile. Tout épanchement ascitique a disparu. Le traitement sera continué.

23. — Ventre plat, souple, indolore. Utérus parfaitement mobile, pouvant être mis en antéversion extrême, en latéroversion droite.

31. — Règles survenues sans douleurs.

La malade quitte l'hôpital le 4 février. L'utérus est en bonne position, mobile. Annexes gauches d'apparence normales.

Elle a été revue en parfaite santé par MM. B... et Tédenat à la fin de décembre 1890.

Observation III

(Personnelle)

Métrite hémorragique chez une neuro-arthritique avec adipose de la paroi abdominale et constipation opiniâtre. — Massage. — Guérison.

Mme Z..., âgée de 49 ans, mariée.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à noter.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles régulières, mais très abondantes, comme quantité et durée (7 à 8 jours). Jamais de pertes blanches. Mariée à 20 ans. Une seule grossesse bien supportée sans complications. Accouchée à terme d'un enfant très gros et mort pendant le travail. Depuis apparaît un embonpoint qui devient assez prononcé au bout d'un certain temps. En général santé bonne, à part quelques manifestations d'origine neuro-arthritique (migraines, douleurs rhumatismales, névralgies, nervosité).

Maladie actuelle. — Au mois d'avril 1901 la malade a eu, sans aucune cause provocante, ses règles beaucoup plus abondantes que d'ordinaire. Elle durèrent 12 jours et furent suivies d'un peu de pertes blanches. Le mois suivant, règles avancées et tellement abondantes que les médecins consultés ont conseillé à la malade de garder le lit. Depuis, la malade ne tient plus compte des dates de ses règles. Elle perd constamment pendant des semaines du sang et des caillots et reste dans son lit pendant de longues périodes. Les médicaments prescrits par les médecins (perchlorure de fer, hydrastis, hamamelis, ergotine) ne font pas grand'chose. Les pertes s'arrêtent pour reprendre dès que la malade quitte son lit. Les médecins ne trouvent aucune lésion de l'utérus ni des annexes et songent, vu l'âge de la

malade (46 ans), à l'approche de la ménopause. On lui conseille toujours de garder le lit. Son embonpoint devient de plus en plus prononcé, et c'est surtout le ventre qui est infiltré de nodules graisseux. En même temps une constipation opiniâtre se développe et la malade est obligée constamment de provoquer artificiellement une selle.

Cet état se prolonge pendant deux ans avec intermittence pendant lesquelles elle perd moins ou pas du tout et peut alors quitter le lit. Pendant l'été 1903 la malade a vu ses pertes s'arrêter pendant 3 mois. Mais au mois de novembre elles ont recommencé avec plus d'intensité encore : elle ne pouvait plus quitter le lit.

Tout l'arsenal des moyens médicaux associés aux quelques injections vaginales chaudes fut employé sans aucune amélioration. L'état général de la malade devint inquiétant. Le curettage, l'hystérectomie même furent proposés et refusés énergiquement de la part de la malade, qui s'opposait, d'ailleurs, à n'importe quelle intervention chirurgicale, même aux pansements utérins complets.

Au mois d'avril 1904, M. le docteur Guibal, consulté pour la première fois par la malade, diagnostiqua une métrite hémorragique survenue chez une neuro-arthritique, avec adipose de la paroi abdominale et ptose générale. Il proposa le traitement suivant : massage abdominal et gynécologique, injections vaginales chaudes d'eau bouillie (45°-50°) matin et soir, pansement aux ovules ichthyolés, ceinture abdominale, séjour au lit les jours de pertes abondantes, permission de faire un peu de mouvement les autres jours.

C'est alors que nous avons commencé le traitement kinésique. Nous avons trouvé une paroi abdominale flasque, énorme par suite d'une infiltration phénoménale de nodules graisseux. Il était impossible d'atteindre les viscères à

travers cette paroi. Nous avons jugé nécessaire de consacrer les premières séances à la diminution de cette masse alipeuse. Au bout de 12 séances quotidiennes de malaxation et de pétrissage (20 minutes de durée), nous sommes arrivée à atteindre les intestins et l'utérus, qu'on sentait au-dessus de la symphyse pubienne.

C'était donc le moment de commencer le massage gynécologique, associé au massage abdominal. A partir de ce jour la séance durait trente minutes, et était divisée en trois temps, visant trois indications : 1° Adipose de la paroi abdominale ; 2e Constipation, et 3e Congestion permanente de l'utérus.

Sans nous arrêter à la technique détaillée de toutes les manœuvres qu'on emploie généralement dans ces cas et qui sont décrites dans tous leurs détails dans le chapitre *Technique* de ce travail, nous dirons seulement qu'à l'adipose nous opposions la malaxation et le pétrissage, à la constipation le massage abdominal complet, et à la congestion utérine des effleurages et des frictions circulaires légers et entrecoupés de pauses. Le traitement a été appliqué très régulièrement. Du mois d'avril au mois de juillet, la malade a subi soixante massages. Dès les premières séances déjà l'adipose commençait à diminuer ; la constipation cédait plus lentement, mais à partir du quinzième massage la malade n'a jamais eu besoin d'aucun moyen artificiel pour provoquer une selle quotidienne. Et bientôt les massages contre la constipation ont été espacés et réduits à trois, deux séances par semaines suivant les indications.

L'état général de la malade s'est amélioré considérablement : l'appétit est devenu meilleur, le sommeil plus tranquille, les migraines moins fréquentes.

Nous pouvons dire autant de son état local. Les pertes, tout en étant beaucoup plus résistantes au traitement que l'adipose et la constipation, ont commencé à diminuer comme quantité.

Vers le milieu du mois de mai (après une vingtaine de massages), la malade a quitté définitivement le lit et n'a plus perdu jusqu'au milieu de juin, où elle a eu cinq, six jours de pertes beaucoup moins abondantes.

Au mois de novembre 1904 nous revoyons la malade. Elle a passé au point de vue de sa santé un excellent été : ses règles pas très abondantes revenaient régulièrement tous les mois. Pourtant les pertes blanches n'ont pas complètement disparu.

Pendant l'hiver 1904 nous avons continué le massage qui a eu alors surtout pour but de diminuer toujours l'obésité du ventre et nous sommes arrivée à des résultats très satisfaisants.

Nous avons quitté la malade au mois de juin 1905 en excellent état de santé : tout l'hiver les règles revenaient à époques fixes et sans aucun accident. La malade pouvait même vaquer à ses occupations les jours de ses époques.

Le hasard nous l'a fait revoir dernièrement au mois d'octobre et nous l'avons trouvée dans un état de santé excellent au point de vue général et local.

Observation IV

(Seiffart)

Endométrite. — Métrite. — Ovarite droite et périmétrite.
Massage. — Guérison.

Malade, âgé de 22 ans, mariée depuis 2 ans et demi, stérile. Se plaint de douleurs dans le sacrum et dans la région

lombaire. Ces douleurs augmentent sous l'influence du moindre effort et prennent un caractère paroxystique avant l'apparition des règles. L'examen montre l'utérus dur, augmenté de volume, douloureux et peu mobile surtout à gauche. Le ligament large droit est épaissi, les ovaires sont douloureux et augmentés de volume. On commence le massage. Au bout de 16 séances l'utérus est indolore et normal comme consistance et volume ; les ovaires sont aussi indolores et ont diminué de volume. Les douleurs dans le sacrum et la région lombaire ont disparu. Deux mois après une grossesse fut constatée.

Observation V (1)

(Sandberg-Debelé)

Fibro-myome de l'utérus. — Périmétrite. — Massage et gymnastique gynécologique. — Guérison.

Malade âgée de 52 ans, multipare (11 accouchements). Réglée à 17 ans. Règles toutes les trois semaines, non douloureuses, mais très abondantes. Elle a subi un traitement trois fois pour les hémorragies. Il y a 3 mois, la malade a commencé à avoir des pertes continuelles très abondantes. Elle entre à l'hôpital dans un état d'anémie extrême. Elle présente une constitution robuste et n'a aucune tare. L'examen local montre un utérus dur, très douloureux et presque immobile. Une tumeur, grande comme un œuf de

(1) Cette observation et la suivante sont empruntées au compte-rendu de l'auteur, qui a communiqué vingt-cinq observations semblables à la Société médicale de Saint-Pétersbourg.

pouie, occupe sa paroi antérieure. On sent un empâtement dans le cul-de-sac de Douglas. La température est normale. Les premiers huit jours les hémorragies continuent, malgré un traitement approprié. Insomnies. Etat de dépression extrême. Le pouls petit, filiforme. La malade reste immobile sur son lit et le moindre mouvement s'accompagne de vertiges. Le vagin est plein de caillots. On prescrit la méthode de Brandt. Déjà après la première séance l'hémorragie s'est arrêtée. Après dix séances son état s'est amélioré à un tel point, qu'elle a pu se lever et faire quelques pas toute seule. Après chaque séance la malade s'endormait. Au bout de trois semaines, après vingt et une séances, le palper bimanuel a montré : un utérus indolore, mobile, uniformément augmenté de volume, la partie antérieure épaissie, les culs-de-sac libres. Au bout de vingt-huit séances, l'utérus a encore diminué de volume et l'épaississement se faisait à peine sentir. La malade sort complètement guérie.

Observation VI

(Sandberg-Debelé)

Fibrome interstitiel. — Kinésithérapie gynécologique. — Amélioration

Malade âgée de 50 ans. On sent dans le petit bassin une tumeur dure, bosselée, enclavée. Sa limite supérieure s'élève à l'ombilic. La malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite, de pesanteur abdominale avec envies fréquentes de miction. Insomnie. Constipation. Elle est obligée de recourir constamment aux purgatifs. Les règles durent 6 jours et sont très abondantes. On applique le massage 17 fois pendant 19 jours. Les envies fréquentes de

miction, la constipation ont disparu. La tumeur est devenue mobile. Les dimensions n'ont pas diminué. La malade fut bientôt opérée dans d'excellentes conditions.

Elle était atteinte d'un fibrome pur.

Observation VII

(Personnelle)

Troubles menstruels. — Constipation. — Massage. — Amélioration

Mlle Z..., âgée de 18 ans. Santé très délicate. Anémique. Nervosité. Très constipée depuis des années. Règles peu abondantes, légèrement douloureuses, irrégulières, manquant 2, 3 mois de suite. M. le docteur Guibal, consulté pour la constipation, conseille le massage abdominal. Nous commençons le traitement : séance quotidienne 10 minutes de durée le matin à jeun. La constipation cède bien vite au traitement, et au bout de 15 massages nous espaçons les séances de plus en plus. Pourtant le traitement continue pendant trois mois encore. La malade s'aperçoit qu'au bout de 15 séances, ses règles, qu'elle n'a pas eu depuis 3 mois déjà, ont apparu, et que pendant tout le temps du traitement elle les a eues régulièrement, plus abondantes et moins douloureuses.

Elle a meilleur appétit et dort beaucoup mieux.

Observation VIII (1)

(VIROW)

Dysménorrée. — Kinésithérapie gynécologique. — Guérison.

Mme E..., 21 ans, Réglée à 14 ans. Depuis l'âge de 16 ans, des douleurs très intenses pendant les règles, qui sont peu abondantes et durent trois jours. Mariée depuis 3 ans. Stérile. Utérus en antéflexion, leucorrée, ligaments post. sensibles. Massage de l'utérus et des annexes. Gymnastique le 14 mars. Du 20 au 25 mars les règles apparaissent avec douleurs. On continue le traitement. Les règles suivantes, au mois d'avril, apparaissent sans douleurs, durée 4 jours. On commande alors à la malade d'exécuter certains mouvements journellement, 14 jours avant les époques. Epoques suivantes normales.

Le docteur Virow cite encore 3 observations de dysménorrée traitées avec succès par la méthode de Brandt.

Observation IX

(GRAHAM DOUGLAS)

Aménorrée. — Kinésithérapie gynécologique. — Amélioration.

Mlle D..., réglée à 14 ans ; les règles retardent toujours un peu. Enfin depuis deux ans les règles font défaut. Toniques, exercices et emménagogues restent sans effet. Quoique l'état de la malade soit bon, néanmoins elle

(1) L'observation VIII et la suivante sont empruntées par nous à Mme Pellier-Goussakoff (Thèse de Paris, 1895).

est devenue triste, abattue. On décide de la traiter par le massage et la gymnastique.

Le traitement consiste en massage général, tapotement du dos et mouvements avec résistance. Après la septième séance les règles apparurent et durèrent trois jours.

Le mois suivant le traitement est continué, mais les mouvements avec résistance ne sont exécutés qu'une semaine avant l'époque présumée des règles. Cette fois-ci il y a un retard de cinq jours. Le mois suivant, le traitement est suspendu une semaine avant la période présumée. Retard de 10 jours. De nouveau, on reprend le traitement 15 jours avant l'époque présumée des règles, et celles-ci apparaissent sans retard et en quantité abondante.

Observation X

(Brandt-Profanter)

Ovarite gauche. — Antéversion utérine. — Paramétrite.
Kinés. gynéc. — Guérison.

Malade âgée de 20 ans, non mariée. Pesanteur dans le bas-ventre, mictions fréquentes et douloureuses. L'utérus est en antéversion. Le col est douloureux au toucher. Sa mobilité est limitée. L'ovaire gauche est très douloureux et augmenté de volume. Les replis de Douglas sont épaissis. On applique pendant cinq semaines le traitement suivant: compresses d'eau salée chaudes sur le bas-ventre, injections vaginales glycérinées et iodurées. Aucune amélioration. On suspend ce traitement et on applique du massage et de la gymnastique. Au bout de treize séances l'examen montre : l'utérus est complètement libre. Les troubles du

côté de la miction ont disparu. L'ovaire gauche est diminué de volume et indolore. L'état général est bon.

Observation XI

(Brandt-Profanter)

Rétroversion utérine, empâtement des ligaments larges. Kinés. gynéc. — Amélioration considérable.

Malade âgée de 29 ans, mariée. Pas de grossesse. Accuse des douleurs dans le bas-ventr., de l'asthénie, des renvois, de l'anorexie et de l'irrégularité des selles. L'examen montre une rétroversion utérine et un empâtement des ligaments larges. Le massage et la gymnastique sont appliqués pendant cinq semaines. Pendant ce temps tous les phénomènes réflexes ont disparu. Les ligaments ont acquis leur souplesse, l'utérus est devenu mobile, mais a conservé sa position anormale (rétro-déviation), malgré qu'on soit arrivé, à plusieurs reprises, à l'amener en avant.

Observation XII

(Brandt-Pbofanter)

Latéro-déviation utérine. — Adhérences. — Phénomènes douloureux réflexes. — Kinés. gynéc. — Guérison.

Malade âgée de 45 ans, multipare. Se plaint de douleurs atroces dans le dos et le bas-ventre, de mictions fréquentes, de constipation opiniâtre, de défécations douloureuses. Malgré un traitement subi à l'hôpital 5 fois pendant 3 ans, la malade ne va pas mieux. C'est plutôt le contraire. On applique le traitement kinésique pendant 16 fois. L'appétit et la défécation deviennent normaux. Tous les autres phénomènes fâcheux disparaissent aussi. L'utérus est complètement mobile et indolore.

Observation XIII

(Brandt-Profanter)

Hématome. — Massage. — Guérison,

Malade âgée de 45 ans. 3 accouchements, une fausse couche. Depuis 2 ans la ménopause s'est établie. Depuis quelques mois des métrorragies surviennent accompagnées de céphalées de douleurs dans le sacrum de constipation. On trouve l'utérus douloureux, peu mobile, le col immobile. On sent derrière l'utérus une tumeur de 4 milimètres de diamètre, dure, bosselée, sensible à la pression. Le traitement habituel des métrorragies, fait pendant 2 mois, n'a rien changé. On a voulu alors déterminer la nature de la tumeur par un examen complet sous le chloroforme. Pendant cet examen une hémorrag e s'est produite dans le cul-de-sac de Douglas. La malade accusa alors des frissons, des douleurs dans le bas-ventre et des douleurs pendant la miction et la défécation. Le massage fut appliqué. Au bout de 14 séances, l'hématome disparut et la mobilité complète fut rendue à l'utérus. Les hémorragies se sont arrêtées. La tumeur ne disparaissait pas, malgré la continuation des massages.

On diagnostiqua plus tard un enchondrome de l'articulation sacro-iliaque droite.

Observation XIV

(Rosenstirn)

Hématocèle rétro utérine. — Massage. — Guérison.

Malade âgée de 27 ans, mariée depuis 8 ans, mère de 2 enfants. Après une fausse couche de 2 mois et demi, une

hématocèle rétro-utérine s'est produite. Pendant les 20 jours qui succèdent à la fausse couche, la malade présente des phénomènes aigus d'infection. Le traitement habituel dans ces cas calme les phénomènes aigus, mais n'a aucune influence sur la tumeur rétro-utérine. 30 jours après la disparition de la période aiguë on constate à l'examen une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas, la résistance et la matité de l'abdomen s'étendant aux fosses iliaques et remontant à l'ombilic. On commence le massage : 2 séances par jour la première semaine et une séance quotidienne les jours suivants. Au bout d'un mois, on interrompt le traitement par suite de l'apparition des règles. On le reprend ensuite. La tumeur disparaît et la guérison est complète.

Observation XV

(SEIFFART)

Prolapsus de l'utérus. — Ovarite gauche. — Adhérences. — Massage. Guérison. — Récidive.

Mme N..., âgée de 50 ans. Prolapsus utérin datant de 26 ans. L'utérus est en rétroversion, douloureux, augmenté de volume. Le moindre effort produit un prolapsus complet. Des adhérences dans le cul-de-sac postérieur. L'ovaire gauche très gros, immobile, douloureux. On applique le massage. Au bout de 20 séances d'élévation de l'utérus (lyfting), ce dernier, diminué de volume, a pris une position normale (en antéversion) dans le petit bassin. Cette position ne change pas sous l'influence des efforts. L'ovaire gauche est indolore, mobile. Les adhérences du cul-de-sac postérieur sont moins épaissies. Au vingt-sixième jour du

traitement la malade a fait l'imprudence de marcher pendant six heures dans une région montagneuse, un lourd fardeau sur le dos. Une récidive s'est reproduite. La malade refuse une nouvelle application du massage et on lui met un pessaire.

Observation XVI

(Seiffart)

Prolapsus de l'utérus. — Massage. — Guérison.

Mme X... est âgée de 48 ans, multipare. Prolapsus complet datant de 9 ans. Rectocèle et cystocèle. D'après le conseil de son médecin, a mis un pessaire, qu'elle n'a pas pu supporter à cause des douleurs intolérables provoquées par lui. L'examen montre au plus léger effort la sortie d'une tumeur avec rectocèle et cystocèle. L'utérus est augmenté de volume et sa cavité mesure 14 centimètres. Il est en rétroversion. On commence le traitement kinésique (massage de l'utérus et élévation). Déjà au bout de 7 séances l'utérus ne sort plus, mais reste en rétroversion. Au bout de 20 massages l'utérus est en antéflexion. L'hystéromètre ne montre que 9 centimètres. Le cystocèle a disparu, le rectocèle a diminué. On ne peut plus continuer le massage, la malade étant obligée de partir. On lui met un pessaire qu'elle supporte très bien.

Bien longtemps après la malade fut de nouveau examinée. Malgré son métier fatigant, le prolapsus ne s'est plus reproduit.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1° La kinésithérapie gynécologique ou méthode de Brandt est un moyen thérapeutique combinant des mouvements de massage avec des mouvements de gymnastique.

2° Des expériences de laboratoire et les observations cliniques ont démontré que :

a) Cette méthode, bien comprise et bien appliquée, est un régulateur de la fonction vaso-motrice et par suite de toute la circulation de la région du petit bassin.

b) Grâce au réflexe dynamogénique (Stapfer), cet effet ne se limite pas à la région du pelvis, mais se propage à tout l'organisme de la malade.

3° La kinésithérapie gynécologique apparaît donc comme un puissant stimulant local et général. *Localement*, elle rend la vitalité normale aux tissus malades, aux organes pelviens affaiblis, et elle assure ainsi leur bon fonctionnement. Elle améliore l'*état général* grâce à la répercussion dans tout l'organisme de ces bienfaits locaux.

4° La kinésithérapie gynécologique mérite donc d'être considérée comme une médication ayant une action *spécifique.*

Cette médication est indiquée dans toutes affections *chroniques* du bas-ventre (métrites, annexites, cellulites, exsudats, adhérences, déplacement des organes, troubles menstruels, subinvolution utérine).

6° A cet effet la kinésithérapie peut être palliative, curative et préservative.

Elle est *palliative* dans tous les cas où les affections énumérées plus haut ont une origine *infectieuse* et sont accompagnées de lésions histologiques profondes. Employée seule elle amende les symptômes; associée aux autres moyens, elle hâte la guérison, comme stimulant local et général.

Elle est *curative* quand elle s'adresse à la cause même de la maladie, c'est-à-dire dans les cas où l'étiologie des affections énumérées doit être cherchée dans un trouble *dystrophique* d'ordre neuro-vasculaire (terrain neuro-arthritique — Richelot). Ici c'est la vraie médication héroïque amenant par elle seule la guérison complète locale et générale de la malade.

Elle est *préservative* : appliquée à temps elle peut dans toutes les affections (infectieuses ou non), par la régularisation de la nutrition des tissus et des organes, préserver ces derniers du stade final de leurs maladies, de la dégénérescence scléro-fibreuse atrophique complète et éviter ainsi à la malade une intervention chirurgicale radicale.

7° A côté de ces propriétés principales, ce traitement en présente encore d'autres d'ordre secondaire: il ne nécessite ni le repos absolu de la malade, ni l'interruption de ses

occupations, ce qui est très important pour toute une grande catégorie de femmes, qui souvent ne se soignent pas, rien que par l'impossibilité de quitter leur travail.

8° Pour ne pas tromper l'espoir du praticien, cette méthode doit être appliquée bien à propos, et, sinon avec art, du moins avec habileté.

9° D'où la nécessité tout d'abord d'un diagnostic précis et d'une expérience manuelle qu'on acquiert avec le temps.

10° La kinésithérapie gynécologique est contre-indiquée d'une façon absolue dans les affections aiguës (locales et générales) accompagnées de fièvre et de suppuration en poches closes, et d'une manière relative dans les affections subaiguës et les suppurations sans fièvre, s'évacuant par les voies naturelles (hydro-salpinx ouverts).

11° La méthode est inutile dans les affections des organes génitaux s'accompagnant d'une sclérose atrophique complète des organes, dans les cancers et les sarcomes de l'utérus, dans les kystes de l'ovaire et dans les troubles locaux dépendant de certains états dyscrasiques (hémophilie, purpura et autres).

BIBLIOGRAPHIE

ARNDT. — Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt (Berl. klin. Woch., 1880, n° 13).

BARSONY. — Behandlung von Gebaermuttervorfaellen mittels Massage (Cent. für Gynæk., 1889, n° 51).

BERLATZKY (Mlle). — Du massage en gynécologie (Thèse de Paris, 1902).

BERNE. — Manuel théorique et pratique du massage.

BLOCH. — Les déviations utéro-annexielles (Thèse de Paris, 1899).

BOLDT. — Le massage en gynécologie (Ann. gyn., p. 222).

BOYER (Mme). — Le massage à la clinique gynécologique de Moscou (Ann. gyn., 1891).

BORIAKOVSKI. — Compte-rendu au IIIe Congrès des médecins russes (Vratsch, 1889).

BRANDT (Thure). — Sur l'application du massage pendant les règles (Vratsch, 1888, n° 25).

— Deut. med. Woch., 1892, n° 29.

BROUSSES (J). — Manuel technique du massage, 1905.

CROS. — Massage de l'utérus et des annexes (Thèse de Montpellier, 1894).

COLOMBO. — Extrait des travaux (Thèse de Romano, Paris, 1895).

DUHRSSEN. — Massage in der Gynækologie (Berl. klin. Woch., 1891).

FRAENKEL. — Prolapsus de l'utérus traité par le massage (Vratsch, 1888, n° 46).

FRUMERIE. — Massage gynécologique méthode Thure-Brandt) (Paris, 1897).

— Le massage abdominal (Paris, 1903).

GALBERSTAM. — Massage en gynécologie (Vratsch, 1889).

GATTORNO. — Zur gymnastischen Behandlung des Amenorrhoe (Centr. f. Gyn., 1892, n° 37).

GEOFFROY-St-HILAIRE. — Les œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (Thèse de Paris, 1898).

GOENNER. — Uber die Behandlung von Lagerveraenderungen des Uterus nach der Methode von Brandt (Cent. f. Gyn., 1889, n° 51).

GOLDSPIEGEL-SOSNOVKA (Mme). — Traitement manuel des maladies des femmes (Arch. de Tocol., 1889).

GUILLARMOU (Mlle). — Kinésithérapie gynécologique (Thèse de Paris, 1896).
HEPP. — Sclérose utérine et métrites chroniques (Thèse de Paris, 1899).
JENTSER et BOURCART. — Gymnastique gynécologique (Genève 1891).
JACKSON. — Massage dans la subinvolution utérine (Cent. f. Gyn., 1881, n° 8).
KLEEN (Von). — Extrait des travaux (Thèse de Romano. Paris, 1895).
KLEIN. — Extrait des travaux (id.).
KUMPF. — Uber die Thure Brandtsche Methode (Cen. f. Gyn., 1905, n° 31).
LANDOIS. — Physiologie humaine.
LINDBLOM. — Uber Brandts gynaekologiche Gymnastique (Cent. f. Gyn., 1889, n° 29).
MAASLAND. — Uber Massage in Gynaecologie (Cen. f. Gyn., 1883).
MAGNAUGHTON (Jones). — Gebrauch und Missbrauch der Massage in der Gynaekologischen Thætigkeit (Cen. f. Gyn., 1889, n° 43).
MARCHAL. — Considérations critiques sur le massage utérin (Ann. gyn. 1883).
NIKOLSKAIA (Mme). — Le traitement des maladies des femmes par la méthode de Brandt (Vratsch, 1888, n°s 23, 27-29).
NORSTROM. — Le massage de l'utérus (Arch. de Toc., 1889).
OTT. — Massage et gymnastique dans les maladies des femmes (Vrastch, 1889).
PAWLIK. — Beitrag zur Behandlung des Gebaermuttarvorfalles (Cent. f. Gyn., 1889, n° 13).
PELTIER-GOUSSAKOF (Mme). — La méthode de Thure Brandt (Thèse de Paris, 1895).
PREUSCHEN. — Die Heilung des Vorfalles der Gebaermutter (Cent. f. Gyn., 1888, n°s 13 et 30).
PROCHOWNIK. — Massage in der Frauenheilkunde (Cent. f. Gyn., 1889, n° 51).
RICHELOT (L.). — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve (Paris, 1902).
RIESS. — Uber der Werth und die Bedeutung der Gymnastik in der Verbindung mit Brandtschen Massage (Deutsch. med. Woch., 1892, n°s 18 et 29).
ROMANO. — Effets dynamogéniques (cardio-vasculaire) du massage abdominal (Thèse de Paris, 1895).
ROSENSTIRN. — Hematocele retro-uterina behandelt durch massage (Cent. f. Gyn., 1881, n° 13).
ROUVILLE (De). — Consultation de gynécologie. 1902.
SANDBERG-DEBELÉ (Mme). — La méthode de Brandt (Vratsch, 1901, n°s 20, 21, 22).
— Cent. f. Gyn., 1904, n° 10).

SAUVAGEOT. — De la rupture des collections tubaires au cours du massage gynécologique (Thèse de Paris, 1904).
SCHAUTA. — Uber gynækologische Massage (Cent. f. Gyn., 1888, n° 23).
SEIFFART. — Vratsch, n° 22.
SEMIANIKOFF. — Cent. f. Gyn., 1889, n° 5.
— Vratsch, 1888.
SIELSKI. — Das Wesentliche in Thure-Brandt'schen Behandlungsmethode des Uterusprolapsus (Cent. f. Gyn., 1889, n° 4).
STAPFER. — Rapport à l'Académie de médecine sur la kinésithérapie gynécologique (Ann. gyn., 1892).
— Kinésithérapie gynécologique, 1899.
STOCKER. — Zur Massage bei fixirten Retroflexionen (Cent. f. Gyn., 1892, n° 39).
STROYNOWSKY. — Heilung des Gebaermuttervorfalles durch Massage (Cent. f. Gyn., 1889, n° 39).
TALMEY. — Gynækologische Massage (Cent. f. Gyn., 1904, n° 15).
TAYLOR. — New-York med. Journ., 1891, April.
TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique (III° édition).
VULLIET. — Le massage en gynécologie (Journal de médecine de Paris, 1888, n°s 15 et 16, *ou* Vratsch, 1888, n° 21).
WEISSENBERG. — Zur gynækologischen Beckenmassage (Cent. f. Gyn., 1889, n° 22).
WITHAUER. — Lehrbuch der Vibrationsmassage (Cent. f. Gyn., 1905, n° 32).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 novembre 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 novembre 1905.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
P. GACHON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères, si j'y manque!